

**Conexiones y negociaciones en la red del plan de Distribución Comunitaria de
Anticonceptivos de Profamilia, 1970-1989**

Trabajo presentado como requisito para optar por el título de Historiadora

Escuela de Ciencias Humanas

Programa de Historia

Universidad del Rosario

Dirigido por: Sebastián Vargas Álvarez

Presentado por

Ana María Jiménez Daza

Bogotá. 2018

Contenido

Agradecimientos	3
Introducción	
1. Control natal, planificación familiar: mirada desde la historiografía y propuesta teórico-metodológica	4
a. Desde la mirada nacional.....	6
b. En el plano Internacional.....	12
2. Propuesta teórico-metodológica.....	14
3. Estructura.....	18
Capítulo I: Alianza de Profamilia y La Federación Nacional de Cafeteros para la Planificación y acción de un plan de anticonceptivos de base comunal (1970-1975)	
1. Profamilia en el panorama de la planificación colombiano.....	21
2. Inicios y concepción del PDCA	
a. Paso de clínicas a servicios comunitarios.....	30
b. Construcción de la planificación familiar desde lo local: Alianza FNC y Profamilia.....	34
Capítulo II: Conexiones y relaciones con el <i>Population Council</i>: estrategias y cambios dentro del Programa de Distribución Comunitaria de Anticonceptivos (1975-1980)	
1. Financiación y ampliación del Programa hacia zonas urbanas.....	43
2. Experimentar para cambiar: encuestas y variaciones del PDCA.....	47
3. Estrategias de Marketing: Encuestas KAP.....	54
4. Búsqueda de la autosuficiencia: diseño e implementación del Mercadeo Social como una salida para financiación de los proyectos de Profamilia.....	59
Capítulo III Comercialización y Derechos Sexuales y Reproductivos: retos finales para el Programa (1980-1989)	
1. Entre la modalidad de equipo y la de incentivos para el sostenimiento del PDCA: experimentos en la Costa Atlántica y el Cauca.....	66
2. Mercadeo Comunitario: Fin del PDCA y unión con el Mercadeo Social.....	73
3. Campaña Radiofónica y encuestas de uso de condones en Cali: cambio de las problemáticas hacia los hombres y el SIDA.....	80
Conclusiones	85
Referencias	89

Agradecimientos

Culminar este proceso de investigación no hubiera sido posible sin la ayuda y la compañía de mis familiares, amigos y profesores. En primer lugar, quiero agradecer a mi familia, a Consuelo, mi mamá, que con humor y a pesar de las dificultades fue el principal soporte en este tiempo. También, a mi abuelita Ana y a Manuela porque con su compañía y curiosidad fueron la motivación para seguir. A Lery Múnar, Alejandra Buenaventura y Daniela Prada por ser mis amigas cuando necesité hablar y compartir mis pensamientos con ustedes pero también cuando hicieron comentarios acertados y críticos al texto. Asimismo, a la profesora Claudia Mónica García quien me dirigió la mayoría de la investigación y a quien le agradezco su lectura dedicada y crítica. Al profesor Sebastián Vargas por asesorarme generosamente al final de la escritura y revisión de este trabajo de grado. Además, le agradezco al profesor Franz Hensel por contagiar su cariño por el quehacer histórico y por sus apoyo en el momento justo. Finalmente, les agradezco a las personas que trabajan en el Centro de Documentación de Profamilia por permitirme acceder a los documentos y sacar de su tiempo para atender mis dudas.

Introducción

“Como ya le había dicho [...] yo era usuaria de Profamilia prácticamente desde el primer embarazo, pero después, me convertí en agente. La cosa fue así: un día apareció por allá en el barrio una señorita de Profamilia y como vio que yo tenía la miscelánea, me preguntó que si quería vender también anticonceptivos [...] Lo que sí aprendí fue todo lo referente a los métodos de planificación familiar que las señoritas de Profamilia me enseñaron y que yo les explicaba a las señoras cuando me venían a preguntar sobre cómo evitar los hijos.”¹

El doctor Fernando Tamayo, fundador de Profamilia, en 1973 describió en una revista de la *International Planned Parenthood Federation* (IPPF) la labor de la institución de la siguiente manera: “Profamilia, la Asociación para el Bienestar de la familia Colombiana nació modestamente a finales de 1965 en una pequeña oficina. Desde ese momento, se ha convertido en la clínica más grande del *Planned Parenthood* en el mundo.”² Igualmente, Tamayo presentaba al Programa de Distribución Comunitaria de Anticonceptivos (PDCA) como una de las estrategias más exitosas e innovadoras que estaba siendo utilizada por Profamilia. El objetivo de este plan fue la difusión de la contracepción en la población colombiana entre 1970 y 1989³.

El Programa tenía la intención de llevar los métodos anticonceptivos a las zonas rurales, a los barrios marginados de las ciudades y a los pequeños municipios del país. La forma de proceder se basó en la ubicación de líderes comunitarias y mujeres que tuvieran pequeños negocios, como tiendas, misceláneas y salones de belleza. Estas mujeres eran contactadas por unas asesoras, trabajadoras directas de Profamilia que eran el contacto entre las directivas y los médicos, y tenían formación en trabajo social o en enfermería, para darles una capacitación sobre planificación familiar y ventas. De esta forma, las mujeres propietarias de los negocios eran capacitadas, por las

¹ Entrevista a Elvia González en el libro Silvia Galvis Ramírez, *Se hace el camino al andar: la otra historia de la planificación familiar* (Bogotá: Impreandes-Presencia, 1995), 29–30.

² Fernando Tamayo, “Successful Family Planning: Profamilia in Colombia”, 17, n° *Population and Family Planning in Latin America* (1973): 24. Traducción propia.

³ A mediados de los años ochenta, el PDCA se unió con la sección de Mercadeo Social para dar inicio al Mercadeo Comunitario, marcando el fin del PDCA en sus objetivos y funcionamiento

asesoras, para distribuir y asesorar los métodos anticonceptivos que ellas podían vender, es decir, las píldoras, condones y óvulos; y sobre otros métodos o procedimientos que ofrecía Profamilia, como la ligadura de trompas, la vasectomía y la instalación del Dispositivo Intrauterino (DIU). La importancia de la capacitación de las distribuidoras y la posibilidad del desarrollo del PDCA estaban basadas en que los métodos se pudieran vender sin receta médica. Es decir, sin la necesidad de que la usuaria tuviera que recurrir a un médico sino que solamente fuera a un lugar cercano a adquirir el método. El funcionamiento del Programa dependió también del apoyo económico, técnico y logístico de organizaciones internacionales y nacionales, como el *Population Council*, la *International Planned Parenthood Foundation* (IPPF) y la Federación Nacional de Cafeteros de Colombia (FNC). Estas entidades financiaron en gran parte los métodos distribuidos, y dieron un apoyo técnico y logístico para la realización de encuestas y herramientas para el procesamiento de datos, medición del impacto de los programas específicos del PDCA, la viabilidad del Programa y para el control de su desarrollo.

En esta investigación se estudia el Programa de Distribución Comunitaria de Anticonceptivos (PDCA) desarrollado por Profamilia en Colombia entre 1975-1989, en particular los actores que se involucraron en la construcción y ejecución del PDCA, así como algunas acciones concretas y transformaciones del programa durante su vigencia. Dentro de los actores se incluyen las agencias internacionales, entidades locales como la Federación Nacional de Cafeteros, el Estado Colombiano y Profamilia, y actores poco rastreados como las distribuidoras o las instructoras. Igualmente se analiza cómo y con qué propósito fueron utilizadas diferentes tecnologías –como encuestas, informes y mediciones estadísticas– en la configuración del PDCA. De esta forma, se investigan las negociaciones que se dieron entre los diferentes actores para la consolidación y cambios del PDCA, así como algunos instrumentos utilizados en su construcción y ejecución. De forma más general, muestro cómo, a través del PDCA, pueden explorarse también las transformaciones en la acción de la planificación familiar en Colombia durante las décadas del setenta y el ochenta. Así, por medio de los cambios, interacciones y el rumbo de este Programa en particular es posible ver la forma cómo operó la planificación familiar en estas dos décadas.

1. Control natal, planificación familiar: mirada desde la historiografía y propuesta teórico-metodológica

a. Desde la mirada nacional

En relación a la problemática de la “explosión demográfica” y la llegada de los métodos anticonceptivos a Colombia, diferentes autores se han enfocado en explorar las relaciones y las tensiones entre la iglesia y el Estado; el surgimiento del crecimiento demográfico como un problema político, científico y económico; y finalmente, la historia institucional de Profamilia. Dentro de estos trabajos se encuentra el de Ana María Medina, quien pretende comprender la forma como el Estado y la Iglesia por medio de sus discursos dieron a comprender la problemática de la planificación familiar en el contexto particular de la década del sesenta por medio del análisis de discursos oficiales y de prensa. Así lo afirma la autora: “se trata en este caso de un ejercicio circular de reconstrucción de los eventos desde la perspectiva de diversos actores, la identificación y reconstrucción de algunas de las representaciones centrales de sus discursos y su relación con intereses económicos, políticos y sociales, en un contexto internacional”⁴. En este mismo sentido, se encuentra el trabajo de Andrés Torres, que reconstruye los debates de la Iglesia y el Estado en relación a la introducción de los métodos anticonceptivos desde una perspectiva histórico-sociológica⁵.

Margarita Fajardo, siguiendo a Foucault, demuestra cómo las élites colombianas construyeron como problema la idea del crecimiento acelerado de la población colombiana desde mediados del siglo XX. Pero a diferencia de Medina, Fajardo hace una aproximación crítica de la cuantificación que sirvió de herramienta para la construcción de este problema⁶. Finalmente, los trabajos institucionales realizados por Profamilia son los de Marcelo Ricardi en coautoría con Gonzalo Daguer, y el de Gonzalo Echeverry, quienes se enfocan en resaltar

⁴ Ana María Medina, “Los discursos sobre la planificación familiar y el control natal en Colombia, 1964-1969.” (Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Doctorado Interfacultades de Salud Pública, 2008), 14.

⁵ Andrés David Torres Bryon, “Colombia: La iglesia Católica y el control de la natalidad” (Universidad del Valle, Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, Programa Académico de Sociología, 2013).

⁶ María Margarita Fajardo Hernández, “La comunidad médica, el ‘problema de población’ y la investigación sociodemográfica en Colombia 1965-1970”, *Historia Crítica*, n° 33 (junio de 2007): 210–325.

la labor de la institución a los largo de su trayectoria, ofreciendo datos y reconstrucciones detalladas sobre los programas⁷.

De esta forma, la historiografía en general coincide que en Colombia las discusiones sobre la necesidad de reducir la natalidad tuvieron eco desde la década del sesenta, cuando la Iglesia católica, en sintonía con los cambios producidos a nivel mundial, se manifestó en contra de una posible implementación de una política que promoviera el uso de métodos anticonceptivos⁸. Como lo sostiene Ana María Medina, el panorama se volvió más complejo en la mitad de esta misma década cuando por tutela y recomendación de agencias internacionales el gobierno del país empezó a hacer guiños sobre la posibilidad de implementar una política de control de la natalidad. Con esto la tensión con la Iglesia aumentaría cada vez más en la voz de Hernán Vergara Delgado (un médico defensor de la doctrina religiosa en el país desde el semanario *El Catolicismo*)⁹. A este conjunto de factores, se le suma que en este periodo la Iglesia católica, en cabeza del papa Pablo VI, promulgó la encíclica, *Humanae Vitae* que de forma explícita prohibía el uso de cualquier método anticonceptivo artificial por parte de los fieles. Este hecho, sumado a que en 1964 el sumo pontífice visitó Colombia, revivió y fortaleció la oposición del sector católico hacia la posibilidad de cualquier iniciativa relacionada a la anticoncepción.

A pesar de esta resistencia católica, Catalina Hernández¹⁰, y en general los autores citados, aseguran que el país, aunque no había propuesto una política de población clara, como la implementación de un sistema de esterilizaciones sistemático o

⁷ Gonzalo Echeverry, *Contra viento y marea: 25 años de planificación familiar en Colombia* (Bogotá: Profamilia; Asociación Colombiana para el Estudio de la Población, 1991).

⁸ Aunque el gobierno nunca optó por una política de control natal clara, uno de los acuerdos más importantes en la escena de la planificación familiar en Colombia fue el convenio AID con el gobierno y Ascofame (Facultad Colombiana de Facultades de Medicina) en 1966. Este consistía en un proyecto para el adiestramiento de médicos y una estrategia entre gobierno y AID con una aprobación de 5 millones de pesos. De acuerdo a Echeverry “hay poca información sobre cuáles fueron los funcionarios del gobierno que intervinieron en el proyecto, lo mismo que sobre el papel del Presidente Valencia en el proceso de aprobación u asignación de fondos. Se sabe que Valencia aprobó un paquete de programas pero no hay constancia si tuvo información acerca de la propuesta de la DNP [Departamento Nacional de Planeación] y de sus objetivos específicos, aunque se decía, sin que lo haya podido documentar, que le presidente en persona había apoyado la solicitud de Mendoza y, aún, había tenido conversaciones extraoficiales con él”. Echeverry, 47.

⁹ Para ver en detalle la naturaleza de los conflictos y cuáles eran las principales discusiones ver: Torres Bryon, “Colombia: La iglesia Católica y el control de la natalidad”; Medina, “Los discursos sobre la planificación familiar y el control natal en Colombia, 1964-1969.”

¹⁰ Catalina Hernández Cabal, “Entre hechos, paradigmas y política: la fecundidad en la agenda de gobierno colombiana entre 1960 y 2010” (Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales, Carrera de Ciencia Política, 2010).

uno natalista, sí se había acercado a las preocupaciones globales. Muestra de esto fue la realización del primer Censo Nacional y la Encuesta de Fecundidad de 1964, que tenía como propósito medir qué tan acelerado era el crecimiento demográfico y conocer sobre el comportamiento reproductivo de las mujeres, y demostró un crecimiento acelerado y había la necesidad de llevar a cabo campañas de planificación familiar. Como lo cita Gonzalo Echeverry, el resultado de estas encuestas se consideró alarmante: se calculó un aumento de 5'991.000 habitantes en 13 años con un crecimiento de 3.3% anual, lo que llevaría a la duplicación de la población en 21 años¹¹. Además, se reflejó que las mujeres en Bogotá tenían en promedio 5.5 hijos, aunque las entrevistadas dijeron que en promedio querían tener 3.5 hijos. El estudio de Prevalencia de anticonceptivos demostró que el 61% de encuestados nunca habían usado métodos anticonceptivos, y 39% alguna vez.¹² Otra de las iniciativas de Colombia fue la creación de Ascofame a inicios de la década del sesenta como la primera institución científica que se dedicó a transformar y a conocer el problema de la población interviniendo desde el ámbito privado hasta el público como órgano consultor del Estado.

La creación de estas instituciones (en especial Ascofame) y herramientas de conocimiento, fueron importantes porque, como lo señala Margarita Fajardo, el poder práctico y de intervención que se le daba a la planificación familiar debía tener un soporte empírico, que eran las encuestas. Entonces, la cuantificación se establecía como una forma de hacer público el problema y para conocer y dar solución a la problemática. De esta forma, se comenzó a fomentar la formación en los estudios demográficos como unos instrumentos para la transformación social. Las herramientas cuantitativas y de estandarización podrían demostrar la existencia del problema y la repercusión en el ámbito social y económico, pero también permitía tener un conocimiento sobre las variables y pensar en una forma para actuar sobre ellas que hacían posible la preocupación y la responsabilidad colectiva de la situación¹³. El trabajo de Fajardo es interesante porque resalta la importancia de comprender las estadísticas y todos los

¹¹ Echeverry, *Contra viento y marea: 25 años de planificación familiar en Colombia*, 26.

¹² Ibid., 23.

¹³ Fajardo Hernández, "La comunidad médica, el 'problema de población' y la investigación sociodemográfica en Colombia 1965-1970", 229.

instrumentos cuantitativos, tan comunes en la comprensión de la población, como herramientas políticas. Sin embargo, el posicionamiento teórico de la autora, en especial la lectura del problema desde Foucault, y las fuentes que utiliza (como los boletines de la Academia Nacional de Medicina, los de Ascofame, y libros sobre el problema de la explosión demográfica) y el mismo interés de la autora, hacen que su análisis solo esté basado en el plano discursivo (las relaciones con los organismos internacionales, la adopción del crecimiento poblacional como un problema local) y no dé cuenta de si estas discusiones se convertían en acciones concretas como programas de planificación familiar.

En suma, a pesar de las diferentes perspectivas de la historiografía de la planificación en Colombia, los historiadores coinciden en indicar que el crecimiento demográfico se convirtió en un centro de atención por diferentes sectores, como la Iglesia, el gobierno, y la comunidad científica. Sin embargo, dentro de la historiografía no se ha investigado cómo estas preocupaciones se llevaban a cabo en la práctica, es decir, cómo el manejo del crecimiento demográfico se materializó en acciones concretas como programas de promoción y uso de métodos anticonceptivos en la población, que es lo que quiere explorarse en esta monografía. Los únicos trabajos que hablan sobre acciones concretas son las historias institucionales de Profamilia. Estas relatan las relaciones y las discusiones entre los diferentes actores estatales y eclesiásticos, y se enfocan en resaltar el papel diferenciador de esta institución privada (Profamilia) desde 1965, por lo que hacen una descripción de los programas y acciones de Profamilia, pero desde un plano experiencial y no muy crítico ni contextual porque se naturalizan categorías como “desarrollo”, o la misma “explosión demográfica” sin preguntarse por qué eran utilizadas; más bien las usan como explicaciones o motivaciones genuinas para el trabajo de Profamilia¹⁴.

De esta forma, es posible afirmar que la historiografía se ha concentrado en las transformaciones de las políticas y posiciones sobre la planificación familiar durante la década de los sesenta e inicios de los setenta. La década del setenta historiográficamente se considera como periodo de cambios, los historiadores dependiendo de su enfoque tienen diferentes lecturas sobre este cambio. Por un lado, Gonzalo Echeverry, que

¹⁴ Echeverry, *Contra viento y marea: 25 años de planificación familiar en Colombia*; Carlos Daguer y Marcelo Riccardi, *Al derecho y al revés. La revolución de los derechos sexuales y reproductivos en Colombia*. (Bogotá: Profamilia, 2005).

realiza una historia institucional de Profamilia desde su propia experiencia como directivo, sostiene que aunque el gobierno de Carlos Lleras Restrepo (1966-1970) mostró fuertes iniciativas a favor de la planificación familiar, las presiones natalistas de los eclesiásticos llevaron a que el gobierno se retirara definitivamente del campo y desde ese momento Profamilia asumió la responsabilidad sobre la divulgación de la información y la distribución de métodos anticonceptivos¹⁵.

Por otro lado, Ana María Medina sostiene que el gobierno por evitar enfrentamientos con la Iglesia no olvidó los programas creados sino que cambió de estrategia y los incluyó como especiales en áreas de la Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud. Además, según Medina, una de las maneras en las que el gobierno se blindó y llevó a cabo una “política de población” fue por medio de la Ley de Paternidad Responsable en 1967, que tuvo como resultado la creación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Durante 1969, Lleras firmó un contrato con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la creación y financiación del ICBF dentro de la que se encontraba la planificación familiar¹⁶. Resumiendo, esta historiadora concluye que las disputas y la oposición de la Iglesia fueron decisivas a la hora de ocultar el servicio sobre planificación familiar en las actividades de la salud materno-infantil y en la acción de la paternidad responsable del ICBF, pero esto no significó que el gobierno suspendiera por completo la promoción de anticonceptivos y esto quedara sólo en manos de Profamilia. En palabras de Medina: “la política de población de Lleras se reducía a la planificación de servicios de acuerdo a un esquema de necesidades sentidas y respecto a la conciencia de los usuarios. Una política de aguas tibias para un contexto conflictivo”¹⁷.

Por otro lado, Catalina Hernández sostiene que durante los años sesenta hubo un paradigma en el cual se comprendían los programas de planificación familiar desde las agencias internacionales y los países desarrollados como herramientas para controlar el crecimiento en círculo de una población pobre. Pero desde finales de esta década hasta la del setenta el paradigma cambió, ya

¹⁵ Echeverry, *Contra viento y marea: 25 años de planificación familiar en Colombia*.

¹⁶ Medina, “Los discursos sobre la planificación familiar y el control natal en Colombia, 1964-1969.”, 116.

¹⁷ *Ibíd.*, 122.

que no solo se analizaba el tamaño de la población en relación al desarrollo sino que se complejizó y se comenzaron a tener en cuenta temas como la violencia intrafamiliar, el abuso sexual, y el desarrollo integral de una comunidad. Para esta autora, además de las presiones de la Iglesia, el cambio de paradigma fue determinante en el momento en el que el gobierno decidió desplazar los servicios de anticoncepción hacia la salud materno-infantil y dejar parte de esta tarea a organizaciones privadas que trabajaban en colaboración con agencias internacionales¹⁸.

Entonces, en este estado de la historiografía en Colombia es posible concluir que los análisis han privilegiado la década del sesenta, se han enfocado en el Estado y los diferentes enfrentamientos que condujeron a que de forma explícita no se llevara a cabo una política de control de la natalidad. Por un lado, autores como Gonzalo Echeverry sostienen que el Estado fue incapaz de incluir la planificación acertadamente dentro de su acción y por lo tanto, Profamilia se configuró como la opción más viable para la planificación familiar. Dicha visión está construida con base en una visión contextual que se encuentra cegada por el enfoque testimonial, ya que Echeverry fue funcionario de Profamilia durante varios años y ayudó a construir los diferentes programas. Asimismo, plantea una división dicotómica entre los actores que influyeron en las discusiones sobre la natalidad¹⁹. Por otro lado, el enfoque centrado en el ámbito discursivo, tanto de las políticas públicas como de los cambios paradigmáticos sobre el asunto de la explosión demográfica, que usa un tipo de fuentes como documentos del Departamento Nacional de Población (DNP), discursos presidenciales, y periódicos católicos como *El Catolicismo*, da como resultado que la reconstrucción, en particular sobre la década del setenta, se centre en lo que se dijo, en lo que se intentó realizar, en los enfrentamientos entre el sector estatal y la Iglesia, en la influencia de los acontecimientos internacionales en el país sobre la planificación familiar como la solución al alarmante problema del crecimiento demográfico.

¹⁸ Hernández Cabal, “Entre hechos, paradigmas y política: la fecundidad en la agenda de gobierno colombiana entre 1960 y 2010”.

¹⁹ Este carácter testimonial se demuestra en la falta de referenciación de fuentes y en afirmaciones como la siguiente: “Hay también ambigüedades en cuanto a la actitud del Ministro del Salud del Presidente Valencia, el médico liberal Juan Jacobo Muñoz. Las interpretaciones hacen variar su posición ante el proyecto de la DEP desde el apoyo hasta la oposición. Al ser entrevistado sobre el tema Muñoz continuó siendo ambiguo. Se sabe que Mendoza discutió con Muñoz quien, al menos inicialmente se mostró favorable. Tuve simpatía por el Proyecto y lo apoyé. Pero el caso es que no queríamos firmarlos porque no es buena política irse contra la iglesia en un país tan católico como Colombia” Echeverry, *Contra viento y marea: 25 años de planificación familiar en Colombia*, 47–48.

b. En el plano Internacional

Dentro de los estudios realizados en otros países se puede encontrar que en el ámbito latinoamericano las preocupaciones se han dirigido mayoritariamente a las relaciones entre la Iglesia y las políticas de Estado. Asimismo, esta historiografía se ha interesado en las relaciones internacionales y la influencia extranjera en la configuración de las políticas sobre la contracepción.²⁰ Entre los autores que trabajan desde esta perspectiva están Karina Felitti, concretamente estudiando la actitud diferencial respecto a los demás países latinoamericanos que tomó el gobierno argentino en el campo de la anticoncepción, así como las reacciones de la Iglesia²⁰. También para el caso peruano, Violeta Estrada y Rosa Godoy hacen una aproximación a las políticas de salud desde una perspectiva de género, haciendo énfasis en que los programas dirigidos a las mujeres se han hecho de acuerdo a la visión androcentrista de la sociedad²¹. Al igual que en el caso colombiano, las investigaciones están focalizadas en lo discursivo y varias partes de las conclusiones están sustentadas en los resultados estadísticos vistos como algo prístino que refleja la aplicación y la efectividad de las políticas públicas sanitarias, sin tener en cuenta que la cuantificación es una herramienta de conocimiento que ayuda a la estandarización y por tanto, está relacionada con la política, este es el caso de las publicaciones de María Soledad Campos y Maricela Gonzáles Moya sobre el caso chileno²².

En Perú, Raúl Necochea ha estudiado de igual manera las iniciativas católicas para la planificación familiar. También, ha trabajado sobre la historia de la Asociación Peruana de Protección Familiar (APPF). En el análisis de la

²⁰ Karina Felitti, “La Iglesia Católica y el control de la natalidad en tiempos del Concilio 15. la recepción de la encíclica ‘Humanae vitae’ (1968) en Argentina.”, *Anuario IEHS: Instituto de Estudios Histórico Sociales*, n° 22 (2007): 349–72; Karina Felitti, “Natalidad, soberanía y desarrollo: las medidas restrictivas a la planificación familiar en el tercer gobierno peronista (Argentina, 1973-1976)”, *Estudios Feministas* 16 (2), n° 440 (2008): 217–537; Karina Felitti, “La política demográfica del tercer gobierno peronista Justificaciones, repercusiones y resistencias a las restricciones al control de la natalidad (1973-1976)”, *Trabajo y comunicaciones*, n° 30–31 (2005 de 2004): 288–307.

²¹ Marina Violeta Estrada y Rosa María Godoy, “Género y políticas de salud de la mujer en América Latina: caso Perú”, *Rev. Esc. Enf. USP* 30, n° 2 (s. f.): 204–14.

²² María Soledad Zárate Campos, *Por la salud del cuerpo: Historia y políticas sanitarias en Chile*, Universidad Alberto Hurtado (Santiago de Chile: 2008, s. f.); María Soledad Zárate Campos y Maricela González Moya, “Planificación familiar en la Guerra Fría chilena: política sanitaria y cooperación”, *Historia Crítica*, n° 55 (marzo de 2015): 207–30.

trayectoria de esa institución, Necochea plantea que la historia de la APPF está íntimamente relacionada con la planificación del estado peruano, con el crecimiento demográfico y el desarrollo nacional. Esto se ve especialmente en el esfuerzo de la ONU por la formación de demógrafos bajo la idea de que el crecimiento poblacional podría limitar el desarrollo nacional. Bajo esta lógica, el autor propone que la organización de extranjeros aprovechó la coyuntura nacional para proveer fondos, contactos, y capacitación a un selecto grupo de profesionales médicos. Así, la organización basó su operación en la idea de un suministro barato y masivo de anticonceptivos; sin embargo, más allá de esta premisa conveniente a los intereses internacionales, los médicos también tenían otras preocupaciones como el daño físico, la pobreza y los abortos. De esta forma, en la operación de la APPF existió una forma de autoritarismo médico con la que se restaba autonomía a las personas para decidir el número de hijos²³.

El autor sostiene que el caso peruano ayuda a mirar con detenimiento la diversidad de agentes involucrados en planificación familiar y en el caso preciso del país ayuda a ver que no todas las intenciones fueron iguales. Por ejemplo, los médicos en muy pocas ocasiones mencionaron la reducción de la población como una de sus principales metas, como sí lo hicieron con respecto a la reducción de los embarazos riesgosos o la pobreza. Además, no impulsaron la educación sexual o la planificación familiar con tanta importancia como la DIU porque había intereses económicos. Un factor importante dentro de trabajo de Necochea es que no se puede pensar en la planificación como una simple imposición sino como un trabajo y una labor que requería de esfuerzo y de la cooperación de diversas personas e instrumentos para persuadir a la población.

Alejándose de esta perspectiva está el libro escrito por Gabriela Soto, que a partir de fuentes documentales y entrevistas, reconstruye la historia de explotación de la planta del barbasco en México, con la que se realizó la píldora anticonceptiva. Lo interesante de la autora es que señala las relaciones entre lo local y las estructuras de

²³ Raúl Necochea López, “Diecinueve parroquias: planificación familiar católica en el Perú, 1967-1976”, en *El rastro de la salud en el Perú*, ed. Marcos Cueto, Jorge Lossio, y Carol Pasco (Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2009); Raúl Necochea López, “La Asociación Peruana de Protección Familiar y los inicios de la anticoncepción en el Perú (1967-1975)”, *Histórica* 33, n° 1 (2009): 87–130.

poder y concluye que el conocimiento científico producido sobre la planta dependió de los saberes locales²⁴.

Asimismo, en el panorama europeo, en especial el español, se ha comenzado a ver desde otras perspectivas a la historia de la medicina, abordando desde una perspectiva teórico-metodológica diferente los temas relacionados a la salud -aunque no sobre la anticoncepción y el control natal-. Por ejemplo, se han hecho propuestas desde la historia oral, y alejadas de la teoría foucaultiana, como es el trabajo de Sagrario Anaut-Bravo²⁵, pero que se siguen enfocando en los médicos y las instituciones de salud, dejando de lado los otros actores, como usuarias, enfermeras o intermediarias.

2. Propuesta teórico-metodológica

En conclusión, es posible ver que la historiografía sobre la planificación familiar se ha enfocado en ver la problemática del control natal desde la perspectiva foucaultiana y haciendo uso del análisis de los discursos. De acuerdo con Medina, su interés es comprender el proceso por el cual los discursos en torno a la planificación familiar pasaron de ser un problema moral y de la Iglesia a un problema público, que debe ser solucionado por los gobiernos. Para esto la autora utiliza el concepto de “tecnologización del discurso”, entendido desde Foucault como las prácticas constitutivas del poder en la sociedad moderna²⁶. Es decir, la elección metodológica y teórica de la autora la hace a seguir el ámbito discursivo y no indagar por la forma cómo esas ideas fueron implementadas a través de las prácticas.

Por otro lado, el trabajo de Margarita Fajardo es interesante porque desde las propuestas de la historia de la ciencia, en particular de Theodore Porter, analiza que la intervención hacia la *población* y en concreto hacia la explosión demográfica, fue posible por una serie de procesos de conocimiento en los cuales la cuantificación ocupaba un lugar central. Entonces, la autora abre la posibilidad de comprender la historia de la planificación en Colombia, desde otras fuentes (como las estadísticas y encuestas) desde otros actores como

²⁴ Gabriela Soto Laveaga, *Jungle laboratories : Mexican peasants, national projects, and the making of the Pill* (Durham, Carolina del Norte, Estados Unidos: Duke University Press, 2009).

²⁵ Sagrario Anaut-Bravo, “Historia oral y medicina. Memoria histórica de los médicos navarros”, *Vasconia*, n° 38 (2007): 967–96.

²⁶ Medina, “Los discursos sobre la planificación familiar y el control natal en Colombia, 1964-1969.”, 36.

Ascofame y así, señalar la importancia de la cuantificación como una herramienta para conocer, cambiar y poner en discusión el problema poblacional. Tal vez lo más enriquecedor de la lectura a la luz de mi investigación es la importancia que adquieren los métodos anticonceptivos para intervenir y cambiar una sociedad en aras del progreso social y económico, es decir, que tanto los métodos como las herramientas tienen una carga intencional y política, que no solo son instrumentos inocentes sino que se inscriben dentro de unas lógicas y preocupaciones de una época.

En mi investigación reconstruiré el Programa de Distribución Comunitaria de Anticonceptivos (PDCA) de Profamilia entre 1970-1989 como un caso a través del cual exploro en la práctica, cómo se implementaron ciertas políticas de planificación familiar en el país. Para esto, rescato la teoría del Actor-Red propuesta por Bruno Latour. Su propuesta se basa en comprender “lo social” como un producto de relaciones entre diferentes actores que conforman redes. En su perspectiva, los objetos de la ciencia y la tecnología son compatibles y ayudan a crear lo social. Es por esto que resulta relevante explorar las nuevas instituciones, procesos, y conexiones capaces de reunir y restaurar las relaciones de lo social de tal forma que no se asuma la existencia de un orden a la hora de investigar, sino agregar a los actores flexibilidad. En palabras del autor: “En cada instancia tenemos que reordenar nuestras concepciones de que estaba asociado porque la definición previa se ha vuelto en alguna medida irrelevante. Ya no estamos seguros de que significa ‘nosotros’; parece que estamos ligados por ‘vínculos’ que no parecen vínculos sociales comunes”²⁷. Además, la propuesta de Latour hace énfasis en que no solo los actores humanos son parte de la configuración de las redes sino que los no-humanos son esenciales para el mantenimiento y que deben ser comprendidos e incluidos en las investigaciones sociales. En el caso concreto de mi investigación, esta propuesta de Latour ayudó a que me fijara y rastreara instrumentos como las encuestas y las estadísticas para dar cuenta del desarrollo y los cambios en el Programa.

Como complemento de la propuesta de Bruno Latour está el trabajo de Vicky Sigleton y Mike Michael en un caso sobre el programa de detección de cáncer de cuello uterino en Reino Unido, que se enfoca principalmente en el papel de los médicos

²⁷ Bruno Latour, *Reensamblar lo social: Una Introducción a la teoría del actor-red* (Buenos Aires: Manantial, 2008), 19.

generales en este programa. Ellos proponen, por ejemplo, que las ambigüedades no solo posibilitan las fracturas en la red sino también la pueden sostener. Para estos autores, Latour presenta las redes limpias y claras donde los actores emergen como entidades internas, pero la propuesta que se hace en el texto “Actor-Network and Ambivalence: General Practitioners in the UK Cervical Screening CSP”, es que la multiplicidad de dados actores es relegada en las vueltas y cambios en las asociaciones entre ellos²⁸. Así, el artículo si bien parte de la teoría del actor-red, deja ver las ambigüedades e indeterminaciones que llenan la red, la configuración del CSP dentro de la cual los médicos generales son inscritos como actor esencial de la red -en lugar del gobierno en relación con recursos, técnicas y mujeres- y como el mayor detractor de la red. Así, se ve que el proceso la ambivalencia y el estatus dual, dentro y afuera, sostienen y subvierten el CSP al mismo tiempo.

Estas propuestas me permite comprender y hacer visible que el PDCA fue una red compuesta por diferentes actores –Profamilia, y sus funcionarios, las instructoras, las distribuidoras, los funcionarios del *Population Council*, y Federación Nacional de Cafeteros—. Pero también me permite hacer visibles los diferentes instrumentos (encuestas, las cuñas radiales y estadísticas) que fueron centrales para la comprensión, expansión y cambios dentro del mismo programa. Estos instrumentos los entendí, partiendo desde la propuesta de Theodore Porter, como herramientas que los actores utilizaron para comprender la realidad y el problema al que se enfrentaban, pero también como la forma como justificaban por medio de la objetividad de los números y de la cuantificación de las acciones y los cambios en el programa. Es decir, que en esta investigación veo estas herramientas no como elementos que reflejaban la realidad sino como instrumentos que fueron utilizados por los actores a lo largo del PDCA para validar y tener evidencia de las conclusiones a las que llegaban. Por ejemplo, en el segundo capítulo cuando muestro las conclusiones a las que se llegó con el experimento de Supervisión Médica Extendida y Directa SME- SMD no intento dar a entender que existía un nivel de conocimiento o de uso de métodos

²⁸ Vicky Singleton y Micke Michael, “Actor-Networks and ambivalence: General Practitioners in the UK Cervical Screening Programme”, *Social Studies Of Science* 23, n° 2 (mayo de 1993): 232.

anticonceptivos en las zonas del proyecto, sino que resalto que a través de esos hallazgos particulares obtenidos mediante diferentes encuestas se tomó una decisión que cambió el rumbo del programa.

En este sentido, la decisión de seguir estas propuestas teóricas también se configura como guía metodológica. Al ser la mayoría de las fuentes informes de Profamilia, y que están compuestos por encuestas y demás resultados de investigaciones cuantitativas, la forma como me acerqué a estas fuentes fue comprendiéndolas precisamente como unos instrumentos que respondían a unos objetivos particulares. Además, estos informes me permitieron trazar los cambios y las transformaciones a lo largo de programa, los diferentes actores involucrados, rastrear cómo se fueron dando los cambios y en últimas me permitió hacer visibles las tensiones que se presentaban dentro de la misma red y cómo estas dialogaban con el contexto en el que el programa de desarrolló.

Este enfoque me permitió rastrear diferentes actores que no habían sido explorados por investigaciones anteriores –como las distribuidoras y las instructoras-, y al mismo tiempo hacer visible cómo en la práctica se llevaba a cabo un plan para distribuir anticonceptivos. Así pues, en esta investigación busco complementar las explicaciones que únicamente se centran en el carácter discursivo o estatal para intentar dilucidar cómo los métodos de planificación llegaban a sus usuarias, haciendo visibles los diferentes actores que no aparecen dentro de las explicaciones globales pero que comprenden una función central en la red, los instrumentos por los cuales se conocía, se evaluaba, se instruía y finalmente se ejecutaban en el país las políticas de control natal que estaban siendo discutidas en el mundo. Y asimismo, me permitió ver los cambios entre los objetivos y las perspectivas desde las cuales se llevaba a cabo la acción de la planificación familiar: la consolidación de Profamilia como un actor central en la planificación familiar a finales de la década del sesenta y principios del ochenta, las formas del apoyo local de la Federación Nacional de Cafeteros en los setenta, la unión con las organizaciones internacionales y finalmente un desplazamiento de las preocupaciones hacia la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Las fuentes que consulté para realizar esta investigación son primero, informes de control, seguimiento, investigación y de gestión realizados durante el periodo que se llevó a cabo el Programa. Dichos informes, fueron hechos por los funcionarios de

Profamilia y del *Population Council* con el fin de evaluar y plantear cambios, para ser utilizados y leídos por las personas de estas instrucciones y no como instrumentos de divulgación. Es por esto que en estos informes se logra ver cómo el cambio y evolución del Programa se da en medio de discusiones y de revaluaciones que se plasman en las diferentes encuestas y estadísticas que me dieron una idea de la forma cómo se ejecutó en la práctica este Programa de planificación familiar en particular, qué actores se involucraron y de qué manera. Además, en estos informes también se encuentran las herramientas que se utilizaron para la comunicación y promoción como los textos de cuñas radiales y los manuales entregados a las distribuidoras que fueron centrales para comprender los objetivos del PDCA y hacía quién se dirigían las campañas. El segundo grupo de fuentes que consulté fueron publicaciones periódicas de revistas científicas internacionales en las que tanto miembros de Profamilia escribieron sobre su labor, como también extranjeros reseñaron y evaluaron el trabajo de la institución colombiana. El último grupo de fuentes son unas entrevistas que realicé a Mercedes Hernández, una distribuidora, y a Rocío Murad, estadista y funcionaria de Profamilia. Las entrevistas de estas personas nutrieron la información sobre cómo fue la puesta en práctica del programa. De esta forma, estas fuentes me acercan a la forma cómo un programa de planificación familiar se llevó a cabo, quiénes eran los actores que estaban involucrados, bajo qué criterios se planteaba, cómo se transformó y en últimas, qué estrategias se implementaron para distribuir anticonceptivos.

3. Estructura

Este trabajo está dividido en tres partes que hacen referencia a tres momentos y cambios claves a lo largo del devenir del PDCA. El primer capítulo comprende desde 1970 hasta 1975, y aborda la preocupación y la operación sobre la planificación familiar como una solución a lo que los contemporáneos identificaron como un problema, el de la explosión demográfica, y cómo se insertó Profamilia y su PDCA en esa preocupación. En un primer momento, doy unos indicios sobre la práctica de la planificación familiar desde la salud materno-infantil para argumentar que, contrario a lo que ha señalado la

historiografía, desde el Estado colombiano sí se llevaron a cabo acciones -que se pueden considerar masivas- para disminuir la fertilidad de la población. Además, exploro cómo Profamilia se posicionó en el país, creando propuestas innovadoras como el PDCA y aliándose con entidades locales para el desarrollo de su programa. En concreto, en esta parte abordo en qué consistió la alianza entre la Federación Nacional de Cafeteros, los principios básicos del Programa y cómo este se inscribe dentro de los movimientos internacionales en relación a la planificación familiar y la “sobrepoblación”.

El segundo capítulo, que comprende desde 1975 hasta 1980, está enfocado en caracterizar los comienzos de la alianza entre Profamilia y organizaciones estadounidenses (USAID y *Population Council*). Allí muestro que esta alianza se dio en medio de negociaciones y no desde una imposición vertical de estos organismos extranjeros. Aunque la agenda internacional sobre la planificación familiar marcó la acción de Profamilia, esta institución local se ubicó como productora de conocimiento, en tanto fomentó investigaciones sobre las preocupaciones demográficas, contradujo algunos objetivos de la alianza con USAID y *Population Council* en la operación y ejecución del PDCA y buscó cómo hacerse autosuficiente o ajustarse a los cambios sobre la inversión en planificación familiar. Para esto, me enfoco en el experimento de Supervisión Médica Extendida y Directa, que es muestra de los cambios de programa con la llegada de la ayuda internacional y de cómo se comenzaron a utilizar las encuestas y en general, los datos cuantitativos para decidir el rumbo de las acciones llevadas a cabo. Sin embargo, al mismo tiempo que se realizaba este experimento, en la ejecución del PDCA en las áreas urbanas es posible ver cómo se emprendieron acciones paralelas que contradijeron las modificaciones introducidas por el *Population Council*.

Finalmente, en el tercer capítulo que aborda el período de 1980 a 1989, exploro cómo Profamilia comenzó a cambiar sus acciones hacia un fin más comercial, por el inminente retiro de la ayuda internacional y con la emergente preocupación por las enfermedades de transmisión sexual. Es decir, la institución cambió la configuración y los roles de los actores en el Programa para adaptarse a unas nuevas realidades y la nueva tendencia global que viraba hacia la Salud Sexual y Reproductiva.

Capítulo I: Alianza de Profamilia y La Federación Nacional de Cafeteros para la Planificación y acción de un plan de anticonceptivos de base comunal (1970-1975)

En este capítulo expongo los inicios y la configuración del PDCA por medio de la acción de la Federación Nacional de Cafeteros y Profamilia para argumentar que la puesta en marcha de la planificación familiar como la vía de salida a la explosión demográfica se produjo desde al ámbito local. Para este fin esta sección está dividida en tres partes: en la primera, busco contextualizar la labor de Profamilia, que como una institución privada, se configura como un actor central en la década del setenta para la labor de la planificación en el país. Luego, con base en los documentos de Profamilia y en los artículos publicados en revistas estadounidenses, exploro los principios del programa, las tecnologías usadas, la labor de los diferentes actores y cómo se dio su implementación. De esta forma explico las transformaciones que se llevaron a cabo para que la planificación familiar fuera un problema que se debía resolver de manera integral y por actores locales.

1. Profamilia en el panorama de la planificación colombiano

En 1965 el ginecólogo Fernando Tamayo, quien trabajaba como director del Hospital Santa Clara y, al mismo tiempo, tenía un consultorio privado, desde su experiencia con las pacientes que le pedían un método a largo plazo que no tuviera los efectos secundarios de las píldoras anticonceptivas y que fuera más económico, decidió viajar a Nueva York para establecer contacto con la Oficina Regional de la *International Planned Parenthood Foundation* (IPPF). De esta manera, el doctor Tamayo adquirió Dispositivos Intrauterinos (DIU)²⁹ a bajo precio por la financiación de la IPPF y comenzó a ponerlos a sus pacientes en el consultorio privado³⁰. En 1966 se le da la personería jurídica a la Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana para proveer servicios e información sobre planificación familiar. Durante la formación la Asociación contó con la financiación de IPPF y un préstamo de la sección de Estudios

²⁹ El dispositivo intrauterino o T de cobre es un método anticonceptivo que se instala en el útero de las mujeres y evita que los espermatozoides fecunden el ovulo.

³⁰ Echeverry, *Contra viento y marea: 25 años de planificación familiar en Colombia*; Tamayo, “Successful Family Planning: Profamilia in Colombia”.

de Población de Ascofame por 20.000 pesos³¹. De esta forma, se inauguró la primera clínica de planificación familiar en Colombia³².

La justificación usada tanto por Tamayo como por las instituciones que lo apoyaron (que parece diferentes en artículos de los funcionarios de Profamilia, la narrativa de los libros de Profamilia y los informes del PDCA) para la creación de la instrucción está estrechamente ligada al problema de la “explosión demográfica” que se venía proponiendo internacionalmente con especial fuerza durante la década del sesenta. Como propone Margarita Fajardo en el caso de Ascofamela acción sobre este problema en particular se vio justificada mediante la utilización de medidas cuantificables y por lo tanto, los datos estadísticos se convirtieron en herramientas para objetivar no solo el problema sino también las soluciones de Profamilia se puede observar primero la presentación de los objetivos que enumeran: “Ofrecer servicios e información en planificación familiar basada en métodos eficaces inocuos y de bajo costo. Promover investigación en todos los campos y difundir al mayor número de personas que lo deseen, en especial a los de menos recursos, los medios para planificar su familia”³³ y enseguida hay una sección “Población” en donde se sostiene que “[...] hay un avance en el control de la fecundidad sin embargo, va a haber un aumento en los próximos 24 años porque la mayoría de las población está entrando a una edad reproductiva [...] Número de hijos deseados: 2,5 y habidos: 6,5 [es decir] las personas tienen más hijos de los que desean por la falta de información y acceso de métodos modernos”³⁴. Además, el mismo Tamayo, con base en el censo de 1964, aseguró que Colombia era uno de los países con el mayor crecimiento poblacional en Latinoamérica, tenía con una tasa anual de aumento del 3.2 por ciento por lo cual la población se duplicaría en 22 años³⁵. A partir de estos datos, la acción de crear una institución privada que

³¹ Echeverry, *Contra viento y marea: 25 años de planificación familiar en Colombia*, 55.

³² En relación al desarrollo de estos primeros años de Profamilia no puede obtener acceso a archivos. La información que existe sobre este periodo está en el libro de Gonzalo Echeverry que se puede considerar como un testimonio porque él fue director de varios programas en Profamilia.

³³ Profamilia, “Informe de gestión 1971”, 1971, Centro de documentación Profamilia, s.p.

³⁴ *Ibíd.*

³⁵ Tamayo, “Successful Family Planning: Profamilia in Colombia”, 23.

se dedicara a la planificación familiar está basada en necesidades reales que son explicadas por medio de datos científicos.

La institución empezó a crecer, expandiéndose cada vez más el número de clínicas y de servicios prestados. A finales de la década del sesenta ya tenían 15 clínicas, y se estimaba que el 20% de nuevos usuarios recibían los servicios de planificación familiar³⁶; para 1973 contaba con 43 clínicas a lo largo del todo el país y se estimaba que el número de usuarios llegaba a 73.000³⁷. También se abrió un Departamento de Educación que tenía como objetivo ofrecer información e incentivar por medio de un grupo de motivadoras que iban hasta los barrios o empresas para llegar un gran volumen de personas. Como lo sostiene Tamayo: “El año pasado - 1972- este departamento llevó a cabo 15.265 charlas para 208.159 potenciales usuarios de planificación familiar y presentaron 6,116 presentaciones fílmicas a personas en áreas urbanas [...]”³⁸. Asimismo comenzaron a ofrecer más métodos, como las píldoras anticonceptivas, condones, óvulos espermicidas y también, ligadura de trompas –desde 1973- y vasectomías.

Una de las apuestas más destacadas de Profamilia para hacer publicidad fue la campaña radial desarrollada entre 1969 y 1972. Durante estos 36 meses, la campaña tenía el objetivo de dar a conocer los métodos anticonceptivos y dónde conseguirlos. Los anuncios duraban de 15 a 30 segundos y eran transmitidos varias veces a lo largo del día y en temprano en la noche. En general, la campaña fue llevada a cabo durante la segunda mitad de cada año. Según la información que encontré, las cuñas fueron transmitidas en gran parte del país, en los pueblos pequeños por dos estaciones radiales y en las ciudades grandes en la mayoría de las cadenas radiales disponibles.

Las cuñas radiales, por su contenido, puedo asumir que iban dirigidas principalmente a mujeres y aunque no daban detalles de los nombres de los métodos, ni precios, sí daban mensajes concisos especialmente sobre lo que deberían ser las principales razones para ir a Profamilia y recibir información sobre planificación familiar.

³⁶ Alan B Simmons y Ramiro Cardona, *Family Planning in Colombia. Changes in Attitude and Acceptance, 1964-1969*. (Ottawa, Canadá: International Development Research Centre, 1973), 9.

³⁷ Tamayo, “Successful Family Planning: Profamilia in Colombia”, 23.

³⁸ Ibid. 23–24.

Estos anuncios decían: “Las voces de esos niños significan felicidad y seguridad. Los niños creen en el futuro. Pero ¿ustedes como padres están en la capacidad de proveer su futuro? [...] Planea tu familia, comienza a construir un mejor futuro para tus hijos y mejorar el bienestar de su hogar”³⁹; “Hombre: ¿qué van a hacer este año? Juan y Pedro deben continuar en la escuela. Mujer: Y qué hay de Beatrice, Lolita y Manuel... son años desde que deberían haber comenzado... cada año que pasa los pone atrás en sus estudios, Locutor 1: evitarte el estrés. Crie a tus hijos con previsión, amor y buen juicio”.⁴⁰ En este sentido, es posible ver cómo Profamilia, por medio de sus anuncios en la radio, aunque de forma sutil, caracteriza las preocupaciones de la agenda internacional. La relación entre las familias numerosas con la pobreza y la falta de educación se vuelve evidente en estas cuñas radiales y se sintonizan con la forma en la que las instituciones estadounidenses veían la sobrepoblación. En otras palabras, el acceso a los métodos anticonceptivos iba a contribuir a mejorar el acceso a la educación, a la felicidad y prosperidad de las familias y de la nación en la que vivían⁴¹.

La expansión en términos de cobertura por parte de Profamilia, como presenté en la introducción, ha sido leída en la historiografía como el resultado del retiro estatal en la política del control natal desde la Ley de la Paternidad Responsable de 1978 o, como lo sostiene Andrés Torres, de la privatización de la planificación familiar durante esta década⁴². Sin embargo, dentro de la exploración en las fuentes se encontró información que puede dar cuenta de cómo en la práctica el Ministerio de Salud llevó a cabo la promoción de los métodos anticonceptivos en el país y no sólo Profamilia. También, estas fuentes son informes de Profamilia que en un sentido comparativo con su labor dan

³⁹ Jerald Baley, “An Evaluative Look at Family Planning Radio Campaign in Latin America”, *10* 4, n° *Studies in Family Planning* (1973): 275–76.

⁴⁰ Alan B Simmons, “Information Campaign and the Growth of Family Planning in Colombia”, en *Clinics, Contraception, and Communication: Evaluation Studies of Family Planning Programs in Four Latin American Countries ACC population and demography series*, de Mayone Stycos (Arden Media, 1973), 137.

⁴¹ Para un explicación sobre la construcción del modelo de familia impulsado por las instituciones estadounidenses ver: Medina, “Los discursos sobre la planificación familiar y el control natal en Colombia, 1964-1969.”

⁴² Torres Bryon, “Colombia: La iglesia Católica y el control de la natalidad”.

rastros de esta acción estatal y una tesis de trabajo social, realizada en el periodo, en la que se evalúa el programa de atención materno-infantil⁴³.

Desde la posición y la evaluación de Profamilia de sus propios proyectos, en uno de sus informes finales de 1988, (pero que recoge información desde inicios de la década del setenta), se afirma que: “El ministerio de salud, el segundo más grande proveedor de servicios no hace énfasis en la planificación familiar, pero desde 1970 ha incluido una política de población en los Planes Nacionales de Desarrollo. La política enfatiza la necesidad de hacer disponible la información y los servicios con el fin de que las parejas puedan ejercer el derecho a decidir el tamaño de sus familias. En la práctica esto ha significado que el Ministerio de Salud ha prestado servicios de planificación familiar en sus 600 hospitales y 2400 puestos de salud y no ha interferido en los esfuerzos del sector privado”⁴⁴. Esta afirmación confirma lo que los autores han explicado sobre la planificación familiar en términos gruesos; sin embargo, como los mismos directivos de Profamilia lo reconocen, hay un indicio de que la acción oculta del ministerio se tradujo concretamente en una distribución directa de anticonceptivos⁴⁵.

Uno de los primeros signos de esta operación apareció en un informe de Profamilia: “en comparación con el modelo más reciente en Colombia en el cual los anticonceptivos orales se entregan al usuario en su hogar, por medio de una promotora del ministerio de salud”⁴⁶. Estas promotoras de salud, de acuerdo a la tesis de Cortés, fueron el grupo de personal de salud más grande y capacitado, que en 1975 estaba conformado por un total de 1.104 mujeres. Las funciones de estas personas eran atender: partos, puerperas, niños menores de 15 años, educación en salud y planificación familiar. Estas personas se definían como “la persona del equipo de salud

⁴³ Carmen Julia Cortes, “Evaluación del programa de atención materno infantil del sistema nacional de salud” (Universidad Externado de Colombia, Facultad de trabajo social, 1978).

⁴⁴ Ricardo Vernon C. y Ricardo Ojeda Castro, “Estrategias del sector privado de Distribución Comunitaria y Mercadeo Social en Colombia”, julio de 1988, 5, 4.2, Centro de documentación Profamilia.

⁴⁵ En la tesis de Carmen Julia Cortés sobre el programa materno-infantil que presentó a en 1978 pero que se realizó a cabo durante dos años. Esta tesis presenta una evaluación de los programas y muestra apartes de los propios informes del ministerio que ahora no es posible hallar. Es importante como a lo largo de su escrito se presenta la necesidad de llevar a cabo labores de planificación familiar debido al incremento de la población -especialmente pobre- en territorio colombiano, así se muestra en la transcripción de los objetivos del programa de atención materno infantil.

⁴⁶ Marcia C. Townsend y Gabriel Ojeda Castro, “Cambios en la prevalencia de uso anticonceptivo y conocimiento en tres zonas rurales de distribución comunitaria de Profamilia en Colombia: Implicaciones políticas”, 1982, 2, 2.2, Centro de documentación Profamilia.

a través de la cual se inicia la atención a la comunidad, constituyéndose en lazo de unión entre esta y los servicios de salud existentes y establecidos”⁴⁷.

Sin embargo, estas no eran las únicas funcionarias dedicadas a la planificación familiar. Los médicos en sus consultas, además de atender temas relacionados con la salud de las madres y de los niños, realizaban controles a las mujeres usuarias de planificación familiar, y para esto “con la colaboración de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina Ascofame, el programa realiza cursos para médicos [sobre] crecimiento y desarrollo, alto riesgo materno-infantil y planificación familiar”⁴⁸. La mediación entre estos dos tipos de funcionarios eran las auxiliares de enfermería que tenían como propósito realizar actividades de control a las embarazadas, de planificación familiar, a las lactantes, a los niños y hacer visitas a las comunidades.

Además, de acuerdo a un estudio de Profamilia en el que se medían los efectos secundarios se afirma: “se encontró que todas las usuarias de las píldoras desde fecha, que sufrieron algún efecto secundario, eran en su mayoría usuarias del ministerio de Salud que recibían atención médica directa”⁴⁹. La acción de estos funcionarios da a comprender que el Ministerio de Salud tenían una acción directa en la planificación familiar que se demuestra en la distribución de métodos anticonceptivos, como las píldoras o el DIU, y en el hecho que su acción no estaba recluida dentro de los centros de salud sino que dispusieron de funcionarias específicas, como las auxiliares de enfermería y las promotoras, que iban hasta las potenciales usuarias dando a conocer y entregando los métodos anticonceptivos. Dentro de las cifras de cobertura del programa de Salud Materno-Infantil se sostiene: “El segundo grupo en volumen que requiere atención es el de Planificación Familiar, dado que la población crece a tasas del orden del 29% [...] Para el año de 1974 se estableció un 29.6%; y para el año 1975 un 30.90 % de la población total beneficiaria, constituyéndose en uno de los grupos de mayor aumento en relación con el año anterior”⁵⁰. Dentro del programa del Ministerio, entonces, las acciones para actuar sobre el crecimiento

⁴⁷ Cortés, “Evaluación del programa de atención materno infantil del sistema nacional de salud”, 70.

⁴⁸ *Ibíd.*, 67.

⁴⁹ Gabriel Ojeda Castro y Marcia C. Townsend, “Estudio de fecundidad y anticoncepción en tres áreas rurales colombianas.”, 1980, 90, Centro de documentación Profamilia.

⁵⁰ Cortés, “Evaluación del programa de atención materno infantil del sistema nacional de salud”, 61.

de la población eran prioritarias, tanto así que el grupo de personas que entraban como beneficiarias de este programa superaron otros programas como el de la atención preescolar, a embarazadas y a lactantes. Es decir, es posible suponer que el Ministerio de Salud con base en la labor de los médicos, las enfermeras y promotoras, pretendía aumentar el número de usuarias de la planificación familiar y, por lo tanto, estas acciones se convertían en prioritarias para contribuir a la disminución en el crecimiento poblacional.

Dentro de los informes evaluativos del programa de Profamilia, en donde las estadísticas y las encuestas se conforman como los elementos centrales de argumentación, el Ministerio de Salud continúa apareciendo como el actor más reconocido y el que más métodos anticonceptivos distribuye: “El Ministerio de Salud Pública ha sido siempre una fuente de anticonceptivos muy importante, especialmente en el Cauca donde, al comenzar la encuesta [finales década del setenta], suministraba anticoncepción más de dos tercios de los usuarios activos [...] La mayoría de las parejas, no importa la fuente de servicios, señalan al Ministerio de Salud como el Mayor proveedor de servicios de planificación familiar en estos departamentos, independiente de la estrategia puesta en marcha por el DCA [sic]”⁵¹. Dichos informes estaban destinados y contruidos conjuntamente con la agencia internacional *Population Council* que financió programas de Profamilia desde mediados de la década, por lo que las cifras que se presentan, si bien no pueden pensarse como absolutamente verdaderas, sí pueden ser vistas como reveladoras, ya que aunque esta institución privada se reconocía y se esforzaba por ser la líder en términos de planificación familiar, en varios de sus informes el Ministerio de Salud aparecía como un actor activo y no insignificante. Se le reconoce no sólo como fuente de distribución sino también de información: “De los 51 hombres y mujeres que tenía alguna preferencia por una fuente información o de servicios de planificación familiar, se indicó en primer lugar al ministerio de Salud (53%, seguido por Profamilia 20%, médicos particulares 12% y droguerías 10%)”⁵².

⁵¹ Gabriel Ojeda Castro y John W Townsend, “INFORME NARRATIVO FINAL DISTRIBUCION COMUNITARIA DE ANTICONCEPTIVOS EN AREAS RURALES”, 1985, 35–36, Centro de documentación Profamilia.

⁵² *Ibíd.*, 46.

Incluso dentro de las publicaciones realizadas en revistas científicas en el exterior por evaluadores ajenos a los programas de Profamilia, el Ministerio de Salud aparece también como una fuente importante de acceso a diferentes métodos como las píldoras y el DIU:

“El catorce por ciento de esos entrevistados habían obtenido anticonceptivos del programa del Ministerio de Salud Materna e Infantil [...] El catorce por ciento de encuestados quienes habían previamente recibido servicios de planificación familiar a través del programa del Ministerio de Salud representa, al medirse, cerca de 900 mujeres. Por otro lado, basado en los datos de la encuesta de seguimiento, estimamos que un poco más de 100 mujeres quienes estaban involucradas en el programa rural de Profamilia estaban en el tiempo del estudio usando métodos suplidos por programa del Ministerio de Salud. El efecto neto de este intercambio entre los dos programas es el decrecimiento del número de usuarias continuas de la píldora y de alguna manera el aumento del número de usuarias del DIU en el programa del Ministerio”⁵³.

A través de estos elementos es posible ver que la acción del Estado en relación a la planificación familiar en la década del setenta va mucho más allá de sólo su inclusión en los servicios en la salud materna e infantil. Como comenté antes, ninguno de los autores ha analizado esta década de manera directa, sus análisis se centran en las primeras discusiones con la Iglesia y cómo a finales de los sesenta desde la política oficial se decide crear la ley de paternidad responsable, que ha sido relacionada principalmente, primero, con la creación del ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar), y segundo, con el ocultamiento de la planificación familiar a través de su traslado al área materno-infantil del Ministerio de Salud

Así, a partir de la aproximación a las fuentes puedo sostener que aunque, como lo ha propuesto la historiografía, a finales de los sesenta y los inicios de los setenta el gobierno optó por no tener una posición clara y directa pública y discursivamente en relación a la planificación familiar, en el transcurso de los años setenta, a través del Ministerio de Salud, llevó a cabo una serie de acciones directas sobre el control de la natalidad por medio de la planificación. Esta acción se operó dentro del programa de salud materna e infantil, aproximadamente desde 1978, e incluyó programas de distribución

⁵³ Traducción propia. Bailey, Jerald y Juan Correa, “Evaluation of the Profamilia Rural Family Planning Program”, *Studies in Family Planning* 6, n° 6 (1975): 151.

de anticonceptivos a domicilio⁵⁴. Incluso así lo relatan unos evaluadores del programa de difusión de Profamilia: “Similarmente, cuando el programa de radio comenzó [en 1969] el gobierno no tenía una política oficial de población. Ahora la tiene [en 1973], no se puede documentar en qué medida la campaña de radio afectó el proceso político, pero al legitimar la planificación familiar es probable que su contribución haya sido considerable.”⁵⁵

En otras palabras, la operación o el deslizamiento de la política de población hacia el sector de la salud es una doble respuesta del sector estatal: por un lado, como ya se comentó antes, como forma coherente de actuar frente a las nuevas preocupaciones del desarrollo en las que el objetivo único no era la reducción la población sino mejorar la vida de las personas pobres. Y por otro lado, como una negociación, una forma creativa por la cual fue posible que mediante el sector de la salud se llevara a cabo una acción sobre planificación familiar directa y que pretendía llegar a las mismas usuarias mediante la configuración de una red compuesta de diferentes actores que no se permanecían solo en los centros hospitalarios. Así, la idea de “paternidad responsable”, que ha sido entendida de forma de negativa por la historiografía, operó de forma estratégica para poder llevar a cabo planes para dar a conocer y distribuir métodos anticonceptivos. En otras palabras, en este contexto donde había una presión y controversia por parte de la Iglesia y de otros sectores sobre el control demográfico, la decisión del Estado de tomar una posición relajada o poco comprometida públicamente fue una salida que le permitió actuar. Entonces, la “paternidad responsable” funcionó para que el Estado pudiera operar durante la década del setenta por debajo de las controversias públicas y a través de actores concretos -como enfermeras y trabajadoras de campo- para llegar a las usuarias distribuyendo DIU y píldoras.

Ahora bien, cómo lo propuso Ana María Medina, hubo una institucionalización silenciosa, es decir, la creación de organizaciones a la margen de las discusiones y de forma clandestina. Esto evitó el roce político o religioso y explica la falta o ausencia de

⁵⁴ JR Foreit, ME Gorosh, y CG Merrit, “Distribucion de anticonceptivos por medios comerciales y basada en la comunidad: inventario y evaluacion.”, *Population Reports*, Family Planning Programs, 19 (marzo de 1978): 1-29.

⁵⁵ Traducción propia. Baley, “An Evaluative Look at Family Planning Radio Campaing in Latin America”, 278.

archivos sistemáticos y la presencia de una historia muy fragmentada⁵⁶. Esto puede explicar por qué la historiografía no ha explorado hasta el momento las acciones concretas que tomó el Estado para implementar la planificación familiar. Las fuentes de las instituciones públicas sobre el tema, en este periodo de tiempo (entre las décadas del sesenta y setenta) son inexistentes o inasibles por parte de los investigadores⁵⁷. Además, la práctica oculta, como lo han sostenido los diferentes investigadores, obedece a las presiones políticas y religiosas a las que se veía expuesto el gobierno colombiano. Asimismo, puede explicar la forma como Profamilia en medio del ocultamiento de la acción oficial se consolidó como la organización visible en relación a la planificación del país. Esta organización desde el sector privado se organizó, creó redes de personas, de instrumentos, de organizaciones que le permitió operar de forma directa y soportándose en la construcción de conocimientos científicos que legitimaron su acción.

Como analizo a lo largo de la investigación, esta acción desde lo local para intervenir en la dinámica del crecimiento poblacional se tiene que comprender a través de una dinámica de relaciones bilaterales de negociación y no de imposición porque, si bien la financiación y la cooperación internacional intervino en el rumbo de los proyectos llevados a cabo, Profamilia propuso, contradijo y se alió en términos horizontales para crear diferentes proyectos o campañas, como la de radio o la distribución comunitaria.

2. Inicios y concepción del PDCA

a. Paso de clínicas a servicios comunitarios

En un artículo de la revista *Studies in Family Planning* de 1975, Gonzalo Echeverry, quien fue el director del programa de Distribución Comunitaria, reseñó: “En noviembre de 1970 se estableció un programa experimental de planificación familiar rural en el Departamento de Risaralda, operado conjuntamente por Profamilia y el Comité de Cafeteros del departamento. El experimento continuó durante dos años antes de extenderse a otras áreas. De ella

⁵⁶ Medina, “Los discursos sobre la planificación familiar y el control natal en Colombia, 1964-1969.”, 125.

⁵⁷ En una exploración en El Archivo de Bogotá y en Archivo General de la Nación no se encontró información sobre el Ministerio de Salud o los hospitales públicos que pudiera estar relacionada con la forma cómo operó en detalle la planificación familiar en la sección materno-infantil.

se desarrollaron los métodos de comunicación, motivación, distribución, registro [...]”⁵⁸. Dicho programa se configuró como una de las opciones de la institución para llevar la planificación familiar a las zonas rurales y más pobres de país, que se consideraban como las más necesitadas, para así extender sus servicios más allá de las clínicas establecidas a lo largo del país. En esta sección haré énfasis en que dicho programa puede ser visto como una forma para comprender de una forma más amplia el panorama de la planificación familiar en el país porque fueron actores locales –la FNC y Profamilia- los que se aliaron para configurar y ejecutar un proyecto, que aunque se compenetraba con las propuestas internacionales sobre la forma para controlar el crecimiento poblacional, también propuso diferentes formas de solucionar este problema desde sus propias experiencias, y recurrió a diferentes tecnologías y conocimientos para desarrollar el proyecto.

Los procesos de institucionalización e instauración de la planificación familiar, que se llevaron a cabo en la segunda mitad de la década del sesenta y que ocurrieron en Colombia y en otros países, estuvieron marcados por la prestación de servicios clínicos –como la implementación del DIU y consultas ginecológicas-. Como se asegura en la publicación *Population Reports*:

“Estos sistemas [como el de las Clínicas Piloto] estaban orientados hacia los médicos, y ya que estaban ubicados en áreas urbanas, no podían prestar servicios al grueso de la población, que habitaba las regiones rurales de relativo aislamiento y padecía de grave escasez de profesionales médicos y servicios de salud. Los directores de la planificación familiar en todo el mundo comenzaron a modificar sus programas de planificación familiar basados en clínicas al extender o introducir el empleo de clínicas móviles, personal de contacto, y depósitos de reabastecimiento para la comunidad”⁵⁹.

A muchos de estos proyectos que se salían de las tradicionales clínicas de prestación de servicios de salud y planificación familiar se les llamó “Comunitarios o de Base Comunal”. Este tipo de programas, como el de Profamilia dependían y se basaban de los residentes de un lugar determinado como personal sin preparación médica para vender y asesorar el uso de anticonceptivos, también aprovechaban sus instalaciones físicas y organizaciones sociales (los sindicatos y cooperativas como la Federación

⁵⁸ Gonzalo Echeverry, “Development of the Profamilia Rural Family Planning Program in Colombia”, *Studies in Family Planning* 6, n° 6 (1975): 147. Traducción mía.

⁵⁹ Foreit, Gorosh, y Merrit, “Distribución de anticonceptivos por medios comerciales y basada en la comunidad : inventario y evaluación.”, 1.

Nacional de Cafeteros) para llevar ampliar la cobertura en servicios y uso de planificación familiar⁶⁰. De esta forma, se puede decir que en estos proyectos lo comunitario se entiende en dos sentidos. Por un lado, se hace referencia a un grupo de personas que viven en un espacio común, entiéndase pueblo, vereda o barrio, en donde las acciones de planificación familiar se llevaban a cabo. Y en segundo lugar, debido al carácter no clínico de estos programas, lo comunitario se comprendía no solo como el grupo de personas a las que iba dirigidas las campañas sino también como la sede y el conjunto de personas e instituciones que se convertían en aliados de la distribución. En otras palabras, este tipo de sistemas de distribución no solo se diría hacia un grupo sino que se basaba y se conformaba por esta comunidad⁶¹.

Proyectos simultáneos fueron creados en India, uno por el gobierno que de forma comercial vendía condones y otro por la Asociación de Planificación Familiar de la India que abasteció de condones y medicamentos orales a las comunidades de manera similar a como lo hacía Profamilia, y otro impulsado por el gobierno de Paquistán en donde se entregaban condones y espumas de forma domiciliaria a los usuarios. El resto de programas fueron creados en los siguientes años de la década del setenta y en países latinoamericanos como El Salvador, Ecuador, Honduras, Costa Rica y Guatemala⁶². Si bien la tendencia a crear programas con estas características fue global, la iniciativa colombiana resalta por ser una de las primeras por ser impulsada por agentes no estatales y por ofrecer diversidad de productos –píldoras, condones, espumas y óvulos espermicidas-. Luego de dicho proceso, Profamilia tuvo la preocupación de expandir el acceso a los métodos anticonceptivos al mayor número de personas posibles y para esto ideó el PDCA

Para el establecimiento del PDCA los directivos de Profamilia argumentaron que aunque sus esfuerzos en las clínicas a lo largo del país habían sido exitosos, el acceso a la planificación se estaba concentrando en las áreas urbanas. Por lo tanto, la planeación de un nuevo plan de servicios se dirigió

⁶⁰ Barbara Janowitz et al., “Conocimientos y prácticas de las distribuidoras comunitarias de anticonceptivos en Honduras”, *Bol Of Saint Panam* 101, n° 1 (1986): 48.

⁶¹ Foreit, Gorosh, y Merrit, “Distribución de anticonceptivos por medios comerciales y basada en la comunidad: inventario y evaluación.”

⁶² *Ibíd.*, 10–13.

hacia las zonas rurales del país, donde el conocimiento y el acceso era muy limitado y la “necesidad insatisfecha”⁶³ de las familias era muy basta. Así lo sostenían sus funcionarios:

“Aproximadamente el 40 por ciento de la población de Colombia, o alrededor de 9 millones de personas, vive en veredas, pequeñas comunidades agrícolas rurales. Están relativamente aislados, su único contacto con la vida fuera de su vereda generalmente es una visita semanal al mercado en la pequeña ciudad vecina. Las veredas no tienen servicios de salud pública y, antes del Programa de Planificación de Profamilia, pocas personas tenían acceso a la planificación familiar, información o servicios. Por esta razón, la familia rural promedio es mucho más grande que su contraparte urbana.”⁶⁴

Ahora bien, el papel de las encuestas y de aprobación por medio de un conocimiento científico sirvió para la creación de proyectos enfocados a tener un impacto en la población⁶⁵. Es por esto, y antes de implementar el PDCA, que Profamilia decide realizar unas encuestas para no solo ver la viabilidad del Programa sino también crear el problema de la necesidad insatisfecha de la población rural colombiana y al mismo tiempo crear la solución. Así se relata en alguno de los informes:

“Las encuestas de muestra, realizadas antes de iniciar el programa de planificación familiar rural, mostraron un promedio de siete hijos en las familias entrevistadas. Mientras que el número de niños que los encuestados dijeron que querían tener fue 3,4. Sobre la base de sus investigaciones, les pareció claro a los directores de Profamilia que había una necesidad de servicios de planificación familiar en la zona rural de Colombia”⁶⁶.

Entonces, demostrar que había una necesidad de extender los servicios de Profamilia a las zonas más apartadas del país fue un punto de partida para la configuración de dicho programa, para conformar tanto la población como la forma de proceder. En primer lugar, la ampliación de la cobertura en los servicios de Profamilia obedecía, según la institución, a la necesidad de llevar métodos anticonceptivos a las familias rurales que eran numerosas y estaban lejanas de lugares aislados. Por otro lado, dichas familias, de acuerdo a las encuestas realizadas, querían tener menos hijos. La justificación pero al mismo tiempo la motivación para la configuración del programa

⁶³ Este término es usado en la demografía para describir e identificar la carencia en necesidad de una población. Se emplea para medir la pobreza pero también es ampliamente usado para describir y explicar la falta de acceso a la planificación familiar.

⁶⁴ Gonzalo Echeverry, “Development of the Profamilia Rural Family Planning Program in colombia”, *Studies in Family Planning* 6, n° 6 (1975): 142. Traducción propia.

⁶⁵ Esta idea se retoma del artículo: María Margarita Fajardo Hernández, “La comunidad médica, el ‘problema de población’ y la investigación sociodemográfica en Colombia 1965-1970”, *Historia Crítica*, n° 33 (junio de 2007): 210–325.

⁶⁶ Echeverry, “Development of the Profamilia Rural Family Planning Program in colombia”, 142. Traducción propia

fue la idea del “crecimiento demográfico” como una realidad preocupante que se debía intervenir por medio de la ampliación de la cobertura de la planificación familiar.

b. Construcción de la planificación familiar desde lo local: Alianza FNC y Profamilia

Aunque las fuentes, especialmente de estos primeros cinco años del programa, son limitadas y fragmentadas, se conoce que el PDCA se empezó a gestar en 1970 junto con la Federación Nacional de Cafeteros y se pone en marcha en abril del siguiente año. El Programa comenzó en el departamento de Risaralda y luego de dos años extendió a otros departamentos como Quindío, Antioquia, Tolima, Valle del Cauca y Caldas⁶⁷. Si bien la preocupación por disminuir el crecimiento de la población mediante el uso de los métodos era una solución propuesta desde décadas anteriores, los mecanismos y las estrategias del Programa marcaron una diferencia respecto a lo que se venía realizando porque se planteó que: los servicios no se prestaban en un ambiente clínico, no se requerían exámenes médicos, las personas que trabajaban no eran profesionales en el campo de la salud y usualmente eran miembros de las propias comunidades⁶⁸. Este sistema no clínico tenía como ventajas que se basaba en las personas y en la infraestructura de los lugares donde se llevaba a cabo. De esta forma, lo que propuso Profamilia fue que se podían disminuir los costos y ofrecer un servicio constante sin necesidad de recurrir a un profesional médico. De forma general, se pueden identificar seis principios básicos del Programa:

1. Era centrífugo, esto significó que los servicios y la información sobre planificación familiar debían ser recibidos directamente desde la comunidad sin necesidad de que las personas fueran a clínicas o centros de información.
2. El personal femenino que se relacionó para desarrollar actividades de comunicación y motivación, proveía de las mismas áreas rurales y sus características socioeconómicas eran las mismas de la población a la que servía.

⁶⁷ Profamilia, “Informe de gestión 1974”, 1974, Centro de documentación Profamilia. Es difícil saber con exactitud los lugares donde operó el Programa en estos primeros años, porque las fuentes consultadas son de años siguientes y se dedican a hacer una reseña sobre lo que consistió esta primera fase del Programa y además, se enfocan en la “Fase Experimental”.

⁶⁸ Estas son las principales características presentadas por: Echeverry, “Development of the Profamilia Rural Family Planning Program in Colombia”; Foreit, Gorosh, y Merrit, “Distribución de anticonceptivos por medios comerciales y basada en la comunidad: inventario y evaluación.”

3. Estos métodos eran distribuidos por voluntarios en la vereda, que era líderes de la comunidad. Debido a que eran conocidos y respetados, los distribuidores se consideraban más capaces para obtener la cooperación de la comunidad. Además, como residen en el área inmediata, los participantes en el programa no tienen que esperar ni desplazarse para obtener los anticonceptivos.
4. Se usó la infraestructura ya existente en los lugares donde se desarrolló el Programa. Además, el personal de las agencias de extensión agrícola se dedicó también a dar información sobre planificación familiar por la confianza que las personas les tenían.
5. La base del Programa fue la educación para convencer a las personas de los beneficios de la planificación familiar y entender los diferentes métodos.
6. El Programa de planificación familiar fue parte de un plan más amplio de asistencia, que se llamó "Desarrollo Rural Integrado" y no se consideraba como un fin en sí mismo.⁶⁹

Como es posible ver en estas características fundamentales, el Programa estaba dividido jerárquicamente, en primer nivel estaban las distribuidoras, había generalmente una de ellas por vereda, eran una líderes voluntarias y propietarias de una pequeña tienda o almacén. En segundo lugar, estaban las trabajadoras de campo o promotoras que eran mujeres que vivían en la municipalidad, trabajaban directamente para Profamilia, debían tener más de 20 años y estar casadas, eran las encargadas de las campañas de información, educación y comunicación en la comunidad⁷⁰, además de la selección y entrenamiento de los distribuidores y su reaprovisionamiento. Su modalidad de trabajo consistía esencialmente en visitas domiciliarias y algunas reuniones de grupo, pero solo en la comunidad en la cual residían. La promotora no vendía ni distribuía métodos, sino que más bien refería las usuarias al distribuidor. El superior de estas

⁶⁹ Una reconstrucción con base en: Echeverry, "Development of the Profamilia Rural Family Planning Program in Colombia"; Gabriel Ojeda Castro y John W Townsend, "INFORME NARRATIVO FINAL DISTRIBUCION COMUNITARIA DE ANTICONCEPTIVOS EN AREAS RURALES", 1985, Centro de documentación Profamilia; Profamilia, "Informe de gestión 1974".

⁷⁰ Los proyectos de Información, Educación y Comunicación (IEC) son herramientas que se han utilizado desde la década del sesenta bajo la idea de que toda intervención de salud debe ir acompañada de actividades que den información o eduquen a la comunidad para lograr un impacto mayor en las campañas de salud. La mención de esta estrategia en esta sección del texto obedece a que las fuentes así lo nombran. Sin embargo, puedo identificar que durante las dos primeras fases del programa, la noción y estrategia a la que hacen más uso es de "Educación" y luego en la parte final de PDCA la mención del ICE se hace más consistente con relación a las campañas del SIDA y VIH. En el capítulo II, explicaré cómo la estrategia de Educación se relaciona con el uso de las KAP.

mujeres era el supervisor de campo, que en su mayoría eran mujeres, y se encargaban que realizar y recolectar información para los reportes y coordinar el trabajo de campo con las actividades de las agencias de extensión agrícola. El nivel superior correspondía al director de zona, que se encargaba de visitar las zonas de un determinado departamento para resolver los posibles conflictos y recolectar datos y archivos⁷¹.

El trabajo ya en el campo consistía, en primer lugar, en generar un vínculo con los comités de cafeteros para conocer a las amas de casa, los líderes de la comunidad, los clubes culturales y luego preceder a realizar unas entrevistas y encuestas preguntando la edad, educación, el número de hijos deseado, los métodos conocidos y los usados para decidir en cuáles lugares llevar a cabo el proyecto. La forma como las trabajadoras de campo entraban a la comunidad era por medio de los comités y presentando la planificación familiar en medio de otros temas de interés para la comunidad como la nutrición o las artes manuales, que eran tratados en los talleres dados por la FNC. Una vez que ya se había accedido y conocido a la comunidad, el trabajador de campo podía entablar una relación más directa con las familias haciendo visitas domiciliarias y luego, de forma gradual, introducir el tema de la planificación familiar. Otros de los mecanismos usados para transmitir el mensaje de la planificación familiar fueron las películas o el teatro folclórico, representado por los mismos miembros de la comunidad y panfletos ilustrados, todos estos diseñados por las trabajadoras de Profamilia en ayuda de los comités y llevados a cabo por la propia comunidad⁷². Uno de los directivos de Profamilia afirma:

“El mensaje de planificación familiar debe ser claro, conciso, concreto y simple. Según nuestra experiencia, estas personas están interesadas en todas las cuestiones que tienen una relación directa con sus vidas, pero tienen poco o ningún interés en la demografía de su país o del continente. Esta es una de las razones para presentar la planificación familiar en el contexto del desarrollo rural. También se debe tener cuidado de no perturbar sus tradiciones o creencias religiosas, por lo tanto, la importancia de utilizar a las personas locales como motivadores”⁷³.

⁷¹ Echeverry, “Development of the Profamilia Rural Family Planning Program in colombia”, 142–44.

⁷² La información que se tiene al respecto se basa en los reportes escritos, y por el mismo hecho de ser realizados dentro del contexto de cada municipio o vereda no se encontraron ejemplos de estos. Baley, “An Evaluative Look at Family Planning Radio Campaing in Latin America”; Echeverry, “Development of the Profamilia Rural Family Planning Program in colombia”.

⁷³ Traducción propia Echeverry, “Development of the Profamilia Rural Family Planning Program in colombia”, 144.

La razón por la que el proyecto se llevó a cabo en estas zonas cafeteras está relacionada principalmente con la alianza con la FNC. La unión entre estos dos agentes es explicada porque Profamilia, aunque tenía los conocimientos y la experiencia en la planificación familiar, no tenía la conexión ni los recursos necesarios para la expansión que se pretendía hacia las zonas rurales, por eso aprovechó la red que tenía la Federación para conectarse con las familias cafeteras. Esta red estaba compuesta por diferentes comités locales que impulsaban distintos proyectos que no solo trataban sobre el cultivo del café sino que también incluían aprendizaje de las labores y oficios técnicos e información legal para hacer valer los derechos de los caficultores.

Además, se pueden encontrar otras razones que apuntan hacia los mismos intereses y dinámica de la Federación Nacional de Cafeteros. Como han señalado diferentes autores que han estudiado la dinámica del café en Colombia, la década del setenta en la economía cafetera significó una serie de cambios en donde por medio de la introducción de factores modernizadores en la producción del café se comenzó un proceso de tecnificación que pretendía sustituir la forma tradicional no solo de cultivo sino de relaciones laborales⁷⁴. Tradicionalmente, la caficultura tenía una base familiar en la cual toda la familia se veía involucrada en la producción y se mezclaban las labores productivas con las domésticas. Sin embargo, los procesos de modernización pretendían introducir desarrollos técnicos y tecnológicos para la expansión de los cafetales y la mejor productividad de estos, llevando a un cambio en donde se fortaleció el trabajo individual y las mujeres o los niños que antes ayudaban con las labores del campo fueron apartados. De esta forma, las mujeres entraron también a ser parte del trabajo asalariado y en este marco de modernización, ellas empezaron a acceder a la capacitación en labores técnicas, así como a información sobre sus derechos, por medio de talleres que impartió la Federación.

Según el análisis de la antropóloga Lina María Rodríguez, los cambios económicos y la modernización del campo facilitaron el nuevo modelo económico caficulator que produjo unos cambios sociales en los que la mujer fue el centro. Las

⁷⁴ Renzo Ramírez Bacca, *Historia laboral de una hacienda cafetera. La Aurora, 1882 – 1982* (Bogotá: La carreta Histórica, 2008); Marco Palacios, *El café en Colombia 1850-1970. Una historia económica, social y política*, tercera (Bogotá: Editorial Planeta Colombiana, 2002).

mujeres en el medio de estos cambios empezaron a trabajar dentro de las fincas en labores productivas, pero sin recibir ganancias por ello, a pesar de que generaban una acumulación de la riqueza. El hecho de que las mujeres ocuparan su tiempo en labores ajenas a las domésticas y adquirieran más autonomía, produjo ciertas rupturas de los vínculos familiares y esto a su vez influyó en el hecho de planificar cuántos hijos querían tener. Así lo sostiene la autora: “La ganancia de autonomía por parte de las mujeres al tener acceso a procesos educativos y laborales se cruzó con la decisión de planificar el número de hijos, lo cual cambió el control ejercido sobre las mujeres -en especial sobre las solteras- por parte de las madres y de la iglesia, es decir, que el control sobre éstas, fue un elemento que se lesionó profundamente porque hubo una pérdida de autoridad, a partir de las nuevas disposiciones legales sobre las otras posibilidades de unión, diferentes al ritual católico, anulación de matrimonios civiles, y el proceso de planificación del número de hijos”⁷⁵

De acuerdo con Rodríguez los programas de la Federación Nacional de Cafeteros se enfocaron en dos aspectos importantes: Reformismo Agrario y la desaceleración del crecimiento demográfico. Ejemplos de estas iniciativas fueron los “Talleres Industrias Rurales” o “Instructoras de Hogar” que tenían como objetivo capacitar a las mujeres en oficios productivos como alternativas a los ingresos producidos por las labores del campo y por lo tanto, ayudarlas en su introducción como fuerza laboral.⁷⁶ Dentro de estos planes, se inscribía el llevado por Profamilia, que también se centraba en la atención de la mujer, en impulsar el uso de métodos modernos para la planificación y conectarlo con las otras problemáticas de las familias campesinas, así lo manifiesta la Coordinadora de los programas de educación del Comité de Cafeteros a través de La Fundación para la Educación Cooperativa (FECOOP) en el Valle, entrevistada por Rodríguez: “¿Y en los programas orientados a las mujeres se trabajó el tema de la planificación familiar? Sí, sí, en todas... ese programa lo manejábamos con

⁷⁵ Lina María Rodríguez, “Mujeres cafeteras y los cambios de su rol tradicional”, *Sociedad y Economía*, n° 24 (2013): 80.

⁷⁶ *Ibíd.*, 85.

Bienestar Familiar⁷⁷, que era las charlas para mujeres para la planificación familiar y programas de atención a los niños menores⁷⁸.

Otro ejemplo que muestra la comunión de la labor de Profamilia y la Federación con las acciones que beneficiaban al bienestar de la comunidad fue el programa de la cocina a presión o de la estufa de Kerosene que se planteó como un intento para expandir y mejorar los servicios de planificación familiar en el Risaralda. Así se afirmó en un artículo de revisión: “[Este] proyecto tiene como objetivo mejorar la salud de las personas y es una consecuencia de la creencia de Profamilia de que un programa de planificación familiar en un contexto rural debe integrarse en un plan más amplio de desarrollo socioeconómico⁷⁹. Este se llevó a cabo en 1972 con el principal objetivo de entrenar a las personas a usar la olla a presión y una estufa de un solo puesto. La razón por la que se comenzó fue por un estudio de Profamilia en donde se identificó que muchas mujeres y niños sufrían de problemas respiratorios, por la polución en las cocinas pequeñas, mal ventiladas y de leña, y de enfermedades estomacales como la diarrea, porque los alimentos estaban mal cocinados. Así que el uso de la estufa y de la olla a presión se configuraba como una solución a estos problemas de salud y de alimentación, además de contribuir a la disminución de la deforestación, y de la calidad de vida de las familias porque ya no era necesario recolectar, secar y partir la leña⁸⁰.

Entonces, es posible afirmar que hubo una unión entre los intereses de la Federación de Cafeteros por mejorar la calidad de vida de las mujeres y de las familias por medio de la enseñanza de proyectos productivos con la intención de Profamilia por aportar al mejoramiento de la vida rural por medio del acceso a los métodos anticonceptivos. Como lo señala Catalina Hernández, en la década del setenta la relación constante entre el desarrollo y las políticas de población adquirieron un enfoque más global en el cual la preocupación no se centraba solo en la reducción de la fecundidad mediante el uso de métodos anticonceptivos sino también en elementos - como la salud o la nutrición- hicieron parte de la idea del desarrollo integral.

⁷⁷ En este caso no se refiere al Instituto de Bienestar Familiar del Estado colombiano sino al programa de la Federación Nacional de Cafeteros que se dedicaba a promover aspectos de la vida familiar.

⁷⁸ Rodríguez, “Mujeres cafeteras y los cambios de su rol tradicional”, 88.

⁷⁹ Bailey, Jerald y Correa, “Evaluation of the Profamilia Rural Family Planning Program”, 154.

⁸⁰ *Ibíd.*, 154.

Es posible entender esto también desde la propuesta de Arturo Escobar sobre la invención del Tercer Mundo. Según Escobar, luego de la segunda postguerra y del “descubrimiento” de la pobreza masiva en África y América Latina, el discurso bélico de trasladó al campo social y hacia el Tercer Mundo. El tratamiento de la pobreza permite a la sociedad conquistar nuevos territorios, se hace una intervención en “lo social” que incluía además de la pobreza, la salud, el higiene, el empleo, la baja calidad de vida en pueblos y ciudades, todos estos problemas que debían ser conocidos y puestos en discusión para una planeación social, así fue “como toda problematización de la pobreza creó nuevos discursos y prácticas que daban forma a la realidad a la cual se referían”⁸¹.

En este mismo periodo el intervencionismo del Estado aumentó aunque estaba en medio de la liberación económica al tiempo que el incremento de la producción se comenzaba a considerar como una ruta necesaria para el progreso social. Esto coincidió con la medicalización de la mirada política, hasta el punto de que las clases comenzaron a ser pensadas como masas de enfermos, malnutridos, incultos que requerían en ellos acción social sin precedente⁸². A lo anterior se suman más factores como la Guerra Fría, la necesidad de nuevos mercados, el temor al comunismo, la superpoblación y la fe en la ciencia y la tecnología que fueron determinantes en la creación de los conceptos de desarrollo y Tercer Mundo. Los discursos sobre población se reorganizaban en los campos científicos de la demografía, la salud pública y la biología de poblaciones, así se dio campo a una visión de la población que se podía y debía manejar por medio de instrumentos científicos y tecnológicos. De esta forma, se creó una práctica discursiva que producía objetos, conceptos, teorías y estrategias relacionadas entre sí que permitían conocer y permitir la intervención en el Tercer Mundo. De esta forma, dos problemas del Tercer Mundo como la nutrición y la sobrepoblación se unían en la práctica médica para que el Estado y entidades Privadas como Profamilia, en la mano de los profesionales, actuara de forma conjunta para disminuir las tasas de natalidad y de fecundidad en el país y

⁸¹ Arturo Escobar, *La Invención del tercer mundo. Construcción y deconstrucción del desarrollo* (Bogotá: Editorial Norma, 1998), 51.

⁸² *Ibíd.*, 62.

mejorar la salud de las madres y niños mediante una mejor alimentación. Estas acciones en doble vía en últimas apuntaban a un desarrollo que les exigía cumplir con unas características como la disminución de la población, la salud o el bienestar de estas personas.

Es decir, que la unión entre estas dos instituciones con rumbos e intereses diferentes, en el marco de los cambios introducidos en la economía cafetera y el contexto tanto local como internacional de la explosión demográfica, se puede comprender como estratégica, porque pretendía introducir cambios en la vida de las familias rurales no solo en el plano económico sino también influyendo en sus patrones de reproducción. Esta conjunción entre la preocupación poblacional con los problemas rurales fue decisiva a la hora en la que estos actores pensaron y ejecutaron el proyecto.

A pesar de que los historiadores han considerado que la tendencia de organizar instituciones y programas para la planificación familiar fue principalmente promovida por los países industrializados y las agencias de cooperación⁸³, la alianza de Profamilia junto con una entidad como la FNC se configura como una propuesta que desde lo local pretendió solucionar el problema del crecimiento de la población. Aunque la Federación se ha relacionado con el Estado colombiano, no representa una institución estatal. Es por esto que Profamilia pudo articularse estratégicamente con la FNC para desenvolver el Programa, pues se benefició de sus conexiones, estructura y presupuesto sin involucrarse directamente con Estado (lo que pudo llevar a confrontaciones con sectores eclesiásticos, como había ocurrido antes).

Estos dos actores centrales tenían intereses de acuerdo a sus propios contextos. Por un lado, la FNC y su objetivo de introducir mecanismos de modernización en la vida de las personas de las comunidades cafeteras, enseñándoles a cultivar, cuidar las plantaciones y educar sobre nutrición. Y Profamilia, con sus diferentes mecanismos para que las personas conocieran y accedieran a los métodos anticonceptivos, negoció y utilizó sus propios intereses para así dar lugar al desarrollo de una nueva red de distribución de anticonceptivos, como lo fue el PDCA. Entonces, en el desarrollo y la ejecución del Programa es posible ver que hubo un uso estratégico para combinar la idea del desarrollo rural integral con la planificación familiar. En la acción, tanto la

⁸³ Hernández Cabal, “Entre hechos, paradigmas y política: la fecundidad en la agenda de gobierno colombiana entre 1960 y 2010”.

planificación familiar y la labor de la Federación en diferentes aspectos de la vida de los caficultores fueron afines para contribuir a un objetivo común como lo fue el “Desarrollo Rural Integral”.

En la promoción de este Programa se puede observar que la intervención desde una mirada médica hacia la población (en este caso las familias cafeteras de Risaralda) se ven involucrados aspectos técnicos como la identificación de problemas por medio de encuestas y la propuesta de la solución como el uso de ollas y estufas. Esto para dar solución a problemas relacionados con la salud, el medio ambiente y el bienestar de las personas. En suma, tanto la FNC como Profamilia integraron sus intereses para responder con programas que apuntaban a la idea del desarrollo como un problema global que incluía tanto la disminución de la fecundidad como los diferentes aspectos de las familias campesinas.

De esta manera, la red que se creó estaba conformada por diferentes actores que cumplían un papel en el avance y sostenimiento de esta, y que al mismo tiempo conjugaban de manera efectiva la planificación familiar dentro de un marco de desarrollo rural. La alianza de Profamilia y la FNC se puede comprender como una negociación estratégica en la cual por medio de los actores y la red (que conformaban los diferentes comités locales) la nueva red del programa de distribución comunitaria. Esta nueva red del PDCA está ligada a los procesos a nivel internacional y global de la creación del discurso del desarrollo, pero al mismo tiempo se conecta con las transformaciones locales sobre la modernización de la caficultura y los cambios en las relaciones de mano de obra que esto trajo. Así, esta primera etapa del Programa se puede comprender, en primer lugar, como una alineación y una caracterización de la forma cómo se pensó el desarrollo. Sin embargo, el Programa lo considero como una propuesta innovadora porque, a diferencia de lo que la historiografía ha propuesto, no fue una imposición desde las agencias internacionales sino que se creó desde el ámbito local por agentes colombianos que propusieron un programa innovador y que no fue realizado ni apoyado por el sector estatal.

Capítulo II: Conexiones y relaciones con el *Population Council*: estrategias y cambios dentro del Programa de Distribución Comunitaria de Anticonceptivos (1975-1980)

Luego de primera fase del PDCA llevada a cabo gracias a la alianza entre la FNC y Profamilia, el Programa se expande de formas diferentes gracias a la financiación de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional–USAID– y la asistencia del *Population Council* (PC). La distribución de anticonceptivos comienza a hacerse también en áreas urbanas tanto de pequeños municipios como en las grandes ciudades. Al mismo tiempo se comienza con un proyecto de Supervisión Médica Directa (SMD) y Supervisión Médica Extendida (SME) que buscaban introducir cambios en el modelo de la distribución comunitaria y evaluar los beneficios de entregar anticonceptivos sin receta médica. Finalmente, Profamilia decide dar inicio al Mercadeo Social como una forma de complementar el trabajo hecho por el programa comunitario, buscar más ingresos y expandirse hacia unos fines más comerciales, que le ayudarían a tener una independencia económica.

En este capítulo voy a abordar estos tres momentos del PDCA bajo la idea de que la alianza entre Profamilia y organizaciones estadounidenses se dio en medio de negociaciones y no desde una imposición extranjera. Aunque la agenda internacional sobre la planificación familiar marcó la acción de Profamilia, esta institución local fomentó investigaciones sobre las preocupaciones demográficas, contradijo unos objetivos de la alianza en la operación y buscó cómo hacerse autosuficiente o ajustarse a los cambios sobre la inversión en planificación familiar.

1. Financiación y ampliación del Programa hacia zonas urbanas

Luego de la experiencia del establecimiento del Programa junto con la Federación de Cafeteros, Profamilia con el *Population Council* (y los fondos de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID) expande el PDCA, hacia otros departamentos y en las zonas urbanas. Entre 1975 y 1980 el programa llegó a varios departamentos del país como Cundinamarca, Cauca, Montería, Sincelejo, Valle del Cauca, Antioquia y Tolima. De acuerdo con los informes anuales de la institución apenas un año después de la implementación del Programa en las zonas urbanas el 30% de las nuevas usuarias provenían de las ciudades y los centros urbanos. Entonces, la nueva modalidad en las ciudades sobrepasó de forma rápida el programa en las áreas rurales. De forma general, los principios generales con los que fue creado durante inicios de la década del setenta en Risaralda fueron mantenidos: los métodos –condones, píldoras y óvulos-, bajos precios y el trabajo y distribución basada en la misma comunidad.

En 1976, seis años después de que Profamilia desarrollara el programa rural en Risaralda, la institución junto con el *Population Council* y bajo de financiación de USAID crearon proyecto que comparaba dos sistemas: la Supervisión Médica Extendida (SME) y Supervisión Médica Directa (SMD) para expandir la planificación familiar y evaluar la efectividad o viabilidad del Programa. En la primera parte del proyecto, que se desarrolló en las zonas cafeteras, la distribución de anticonceptivos estaba estrechamente ligada con las agencias cafeteras locales y con diferentes trabajadores de Profamilia (como las trabajadoras de campo y los supervisores) por lo que el costo de personal era bastante alto. Entonces, con este proyecto comparativo (o experimento como decidieron llamarlo) lo que pretendían los administrativos de las instituciones era por un lado con la SME, ajustar los roles de los diferentes actores del PDCA para así bajar los costos y hacer el sistema más productivo. Por otro lado, con la SMD, se pretendía realizar un acompañamiento directo por parte de médicos

tanto en la prescripción, los efectos secundarios, en la continuidad de uso de los métodos y en la realización de campañas para realizar vasectomías y ligaduras⁸⁴.

La intención central de este experimento fue comparar cuáles eran las ventajas de cada uno de los dos sistemas, y de esta forma, evaluar la viabilidad del Programa. Así se asegura en uno de los informes: “[...] Profamilia y el *Population Council* realizaron a finales de 1975 y comienzos de 1976 una Encuesta Básica, con el fin de medir el estado de conocimientos, actitudes, y prácticas de planificación familiar y de los patrones reproductivos de las áreas rurales de los departamentos de Nariño, Santander y Norte de Santander, antes de poner en marcha el programa de entrega de servicios de planificación familiar”⁸⁵. Las zonas en las que se realizó el proyecto fueron 36 municipios de estos tres departamentos, cinco de los cuales estaban localizados en Norte de Santander, 16 de Nariño y 15 en Santander.

El modelo de Supervisión Médica Extendida se diseñó porque estrategia de trabajo en el modelo utilizado en Risaralda implicaba altos costos en relación con la selección y entrenamiento de promotoras calificadas tanto en planificación familiar como en otras áreas (salud o agricultura). El propósito del programa de Supervisión Médica Extendida fue, entonces, principalmente “reducir costos mediante el reclutamiento de promotoras que trabajaran solo en planificación familiar y sobre una base móvil”⁸⁶. Es decir, estas trabajadoras de Profamilia tendrían la labor principal de hacer llevar a cabo labores de educación en métodos anticonceptivos y suplir los puestos de distribución. Estas promotoras de Profamilia (o instructoras como se les llamaría después) cubrirían varios pueblos o comunidades en vez de uno solo, realizando labores de supervisión a las promotoras locales y haciendo los respectivos informes a la institución. Por lo cual se eliminaba los puestos de supervisor de campo y supervisor de zona que existían en el modelo original de las zonas cafeteras, y las ahora promotoras o instructoras se encargaban de entregar los métodos a las distribuidoras, hacer los informes, llevar a cabo las labores de educación a la comunidad y de reportarse directamente con Profamilia.

⁸⁴ Townsend y Ojeda Castro, “Cambios en la prevalencia de uso anticonceptivo y conocimiento en tres zonas rurales de distribución comunitaria de Profamilia en Colombia: Implicaciones políticas”, 1–5.

⁸⁵ Vernon C. y Ojeda Castro, “Estrategias del sector privado de Distribución Comunitaria y Mercadeo Social en Colombia”, 5

⁸⁶ Townsend y Ojeda Castro, “Cambios en la prevalencia de uso anticonceptivo y conocimiento en tres zonas rurales de distribución comunitaria de Profamilia en Colombia: Implicaciones políticas”, 6.

Aunque los funcionarios de Profamilia y del *Population Council* reconocieron que la duración de la fase de promoción bajo el modelo de Supervisión Médica Extendida variaría según las características de la población blanco y la configuración geográfica del área, a diferencia de los cinco años que duró la “Fase experimental” en Risaralda, se estimó que en un periodo de alrededor de tres meses se habría completado todo el trabajo promocional en un departamento con un grupo de campo de 15 promotoras y una supervisora.

Entonces, la propuesta central del sistema SME era que el mensaje se centraría específicamente en el tópico de planificación familiar, sin incluir trabajo de desarrollo de la comunidad. Así, las principales bases de Programa diseñado con la FNC en Risaralda fueron cambiadas para la ejecución de este proyecto. Se dejaron de lado las formas previas de acercamiento a la comunidad, como la alimentación o la salud, para mejorar la productividad y eficiencia del programa. Entonces, las alianzas y la forma cómo se relacionó Profamilia con las otras instituciones enfocaban cómo y bajo cuáles intereses se realizaban los programas. Por un lado, con la Federación de Cafeteros, se hacía énfasis en aspectos de la vida de la población rural cafetera, mientras que esta nueva alianza con el *Population Council* se concentró en el control de la fecundidad⁸⁷. De acuerdo, con los informes, este sistema resultó útil porque se optimizaron las ganancias y se redujeron los costos por lo que el modelo propuesto y probado en los departamentos de Nariño, Santander y Norte de Santander se replicó (en teoría) en el resto del país para el desarrollo del PDCA tanto en áreas rurales como urbanas.

Simultáneamente, con el diseño de estos cambios en el modelo de Risaralda, los arquitectos del Programa tanto colombianos como estadounidenses, se cuestionaron sobre la seguridad y efectividad de la distribución comunitaria, puesto que en ellos se distribuían anticonceptivos orales sin prescripción médica. Entonces, se decidió diseñar un proyecto que probara el modelo SME en forma tal que incluyera un experimento a escala reducida sobre el uso de médicos en zonas rurales para suministrar servicios de

⁸⁷ *Ibíd.*, 5–6.

planificación familiar⁸⁸. Esta modalidad de servicios se llamó Supervisión Médica Directa (SMD), esta consistía en que un grupo de 15 instructores caminaban o viajaban en transporte público o en un carro campero para promover la planificación familiar en cada uno de los tres departamentos por tres años. Además, un equipo médico seguía a los instructores para realizar inserciones de DIU, exámenes médicos y remisiones para procedimientos de vasectomías o ligaduras de trompas. Después de tres años de esta dinámica en cada departamento se comenzaba con una fase de mantenimiento. Esta siguiente fase consistía en que un equipo tres instructores viajaban en campero a las comunidades y promovían la planificación familiar con la ayuda de un proyector de películas, un generador portátil, manuales, rotafolios y otras ayudas audiovisuales. Dependiendo de las características del área en la que se probaron estos sistemas, el costo efectividad iba de US\$3.32 a \$8.80 por Año de Protección por Pareja⁸⁹ (APP). Luego de tres años en que se llevara a cabo este proyecto fue cancelado debido al alto costo de su mantenimiento y a la falta de disponibilidad de profesionales (médicos y enfermeras calificadas): “[...] en áreas donde se realizaron muy pocas esterilizaciones, el costo por APP fue tan alto como US\$37.71 [así que se decidió no usar] la supervisión médica, pues era muy difícil encontrar médicos que quisieran viajar por largos periodos en áreas rurales”⁹⁰.

2. Experimentar para cambiar: encuestas y variaciones del PDCA

Dentro de la organización del programa, los cargos cambiaron y se disminuyeron. En la “Fase Experimental” de Risaralda habían trabajadoras de campo e instructores que se encargaban de conectar con la comunidad por medio de los comités cafeteros. Mientras que en esta nueva etapa los cargos se disminuyeron a dos: instructoras y distribuidores. Por un lado, las instructoras se encargaban de suministrar anticonceptivos orales, supervisar la labor del distribuidor, expedir un carné que acreditaba como usuaria de la planificación de Profamilia para poder elaborar las estadísticas, direccionar las usuarias a la clínica (para controles médicos, remisiones a ligaduras o vasectomías e inserciones de DIU) y realizar visitas domiciliarias para

⁸⁸ *Ibíd.*, 7–8.

⁸⁹ El Año de Protección por Pareja es una unidad de medida que se definió como la protección estimada proporcionada por los servicios de planificación familiar durante el período de un año, tomando como base el volumen de todos los anticonceptivos vendidos o distribuidos gratuitamente a los clientes durante un año.

⁹⁰ Vernon C. y Ojeda Castro, “Estrategias del sector privado de Distribución Comunitaria y Mercadeo Social en Colombia”, 8.

incrementar la información y enterarse de las necesidades de la comunidad. Además, por ser trabajadoras de Profamilia, las instructoras tenían que recibir los medicamentos en consignación para el Programa, a su vez era responsable ante la institución del valor total de estos medicamentos⁹¹. Las características de estas mujeres es que debían sentirse identificadas con la planificación familiar, tener disponibilidad para realizar viajes, ser casadas, tener entre 30 y 40 años y tener algún diploma relacionado con licenciatura en Letras, Educación, Promoción Social, Trabajo Social o Auxiliar de enfermería⁹².

Por su parte, la distribuidora tenía que ser una persona que tuviera una imagen definida y positiva dentro de la comunidad y que preferiblemente tuviera ya un negocio (salones de belleza o misceláneas). La labor de las distribuidoras era central en el funcionamiento del PDCA porque se constituyeron como el puente conector entre las usuarias y las funcionarias directas de Profamilia⁹³.

De acuerdo a una encuesta de la institución la edad promedio de las distribuidoras era de 40 años, y casi el 90% habían contraído matrimonio. En educación, el 4% había completado cinco años de educación primaria y el promedio de años cursados fue de seis. Aproximadamente el 90% de los distribuidores tenían en promedio cuatro hijos. Tres cuartas partes de los distribuidores había usado algún método anticonceptivo y su distribución fue: esterilización 28.7%, anticonceptivos orales 28.7%, DIU 12.2%, supositorios vaginales 8.2\$, condón 6.9%. Más de la mitad son usuarios activos (esterilización y orales)⁹⁴.

En general, las personas que se desempeñaban como distribuidor eran descritas como miembros activos de la comunidad que están interesados en prestar algún servicio, o están comprometidos con la disminución de la natalidad, y que no estaban interesados por las ganancias. Por ejemplo, algunas de las mujeres que se desempeñaron como distribuidoras sostienen esto mismo:

⁹¹ Consejo de Población, "REGULATIONS FOR INCENTIVE SYSTEM AND AUTHORIZED CONTRACEPTIVE COSTS FOR BOGOTA, BARRANCAMERMEJA, GIRARDOT AND VILLAVICENCIO.", 1983, s.p, Centro de documentación Profamilia.

⁹² Ojeda Castro y Townsend, "INFORME NARRATIVO FINAL DISTRIBUCION COMUNITARIA DE ANTICONCEPTIVOS EN AREAS RURALES", Anexo 6, figura 3.

⁹³ *Ibíd.*, 15.

⁹⁴ *Ibíd.*, 62.63.

“La cosa fue así: un día apareció por allá en el barrio una señorita de Profamilia y como vio que yo tenía la miscelánea, me pregunto que 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 las píldoras a ver cómo me iba. Me fue bien y, entonces, ya me dejaron condones, óvulos y tabletas vaginales. Era la primera tienda en el 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 los métodos de planificación familiar que las señoritas de Profamilia me enseñaron y que yo les explicaba a las señoras cuando me venían a preguntar sobre cómo evitar los hijos. A veces, me hacían preguntas que yo no sabía contestar, como por ejemplo, donde podían abortar y yo de eso no tenía ni idea porque sobre el aborto no lo instruyen a uno en Profamilia. Hubo mucha acogida. Vendía todo lo que me llevaban y el carro de Profamilia me visitaba cada 15 días. Yo no ganaba mucho en la venta de 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.”⁹⁵

Estas mujeres, eran para Profamilia el engranaje central para que el Programa funcionara de forma acertada. De ellas dependía en gran parte que las usuarias comprendieran cómo se usaban los métodos y por lo tanto, llegar al propósito de disminuir el crecimiento de la población. Además, de forma general se puede comprender que durante los dos primeras etapas del Programa el énfasis se encontraba en las mujeres tanto como usuarias como trabajadoras de Profamilia (distribuidoras e instructoras). Esta configuración de la red por medio de actores femeninos se puede comprender desde perspectivas de género que explican los procesos por los que hubo una “medicalización del cuerpo femenino”⁹⁶. Este proceso de incorporar la anticoncepción a la práctica médica, según Ágata Igaciuk, inició con la introducción de la píldora anticonceptiva por lo que se les brindó a las mujeres la capacidad de controlar la reproducción. Es decir, que se ligó estrechamente el ser mujer con el deber y la capacidad de planificar las familias⁹⁷. De esta forma, en el caso del PDCA se puede comprender primero, que debido a que el lugar desde el cual Profamilia actuaba era la medicina el principal objetivo de su acción fueron las mujeres. Pero en segundo lugar, debido a la relación entre la feminidad y el control de la reproducción se les otorgó a las mujeres ser los vehículos para distribuir los anticonceptivos. Tanto las distribuidoras como las instructoras (o asesoras) estaban en un punto estratégico del plan porque tenían contacto directo con la institucionalidad de Profamilia, y por medio de las asesoras, recibía unos conocimientos de información sobre planificación familiar. Así,

⁹⁵ Galvis Ramírez, *Se hace el camino al andar: la otra historia de la planificación familiar*, s.p.

⁹⁶ Ágata Igaciuk, “Anticoncepción y aborto: una propuesta de análisis desde los estudios de género”, *Eä* (Buenos Aires) 1, n° 2 (2009): 7.

⁹⁷ *Ibíd.*, 7–10.

las distribuidoras se convierten en el vehículo por el cual las mujeres usuarias adquieren los métodos. En este sentido, y pensando desde el concepto de traducción, las distribuidoras se establecen como puntos de paso obligatorio, como conductos inevitables por los que los actores deben pasar produciéndose ambigüedades, tensiones y adaptaciones⁹⁸.

Para el desarrollo de la labor de “punto de paso obligatorio”, Profamilia creó unos manuales para que las distribuidoras pudieran dar información acertada y adecuada a las usuarias. Estos manuales comenzaban por explicar que Profamilia era una entidad sin ánimo de lucro dedicada a la planificación familiar, luego hacía énfasis en que “La planificación familiar es tener sólo el número de hijos que una pareja quiera tener y cuando los quiera tener”⁹⁹. Luego explican la importancia de planificar por la salud de las madres, ya que los embarazos frecuentes pueden deteriorar la salud de las madres y afectar su labor en la crianza de los niños, y de los hijos porque “está demostrado que los hijos de familias más pequeñas y con nacimientos más espaciados, son más sanos y más fuertes”¹⁰⁰.

Además, se presenta que planificar también es una ventaja para que cada niño pueda recibir una mejor educación y así ser un elemento útil para la sociedad. La otra parte del manual se dedica a explicar de manera simple cada uno de los métodos que se vendían como las píldoras, los condones y otros que podían conseguir o llevar a cabo en los centros de Profamilia (DIU, ligaduras de trompas o vasectomías). Además, presentan los problemas comunes o dudas que pudieran llegar a tener las usuarias como qué pasa si se olvida tomar una píldora, qué problemas de salud pueden ocasionar, si hay inconvenientes por planificar mientras se está lactando, qué pasa si un niño toma una píldora, y si el uso de la píldora provoca esterilidad.

Analizar en qué consistía el papel de las distribuidoras y cómo Profamilia planteaba su trabajo permite resaltar varios aspectos que contrastan con los

⁹⁸ Singleton y Michael, “Actor-Networks and ambivalence: General Practitioners in the UK Cervical Screening Programme”.

⁹⁹ Ojeda Castro y Townsend, “INFORME NARRATIVO FINAL DISTRIBUCION COMUNITARIA DE ANTICONCEPTIVOS EN AREAS RURALES”, Anexo 5, material educativo para los distribuidores.

¹⁰⁰ Ojeda Castro y Townsend, Anexo 5, material educativo para los distribuidores.

planteamientos realizados en la formalidad del proyecto SME-SMD¹⁰¹. Aunque se haya planteado que el mensaje de planificación familiar debía ser directo sin incluir otros aspectos relevantes de la vida en la comunidad, la labor de las distribuidoras e incluso la misma justificación de por qué usar algún método seguían estando anclada a aspectos como la salud, la educación e incluso la nutrición.

Además, como lo han señalado diferentes autoras feministas (como Dorothy Roberts y Rickie Solinger) las ideas de la “libre elección” de la maternidad o de planificar la familiar por parte de las mujeres ha estado marcada por factores como su posición económica. Estas autoras explican que la economía y dinámica global permitieron que la ideología del control de población llevara a que se fomentara limitar el tamaño en las familias de países subdesarrollados¹⁰². Así, que las mujeres bajo condiciones en las que no podían acceder a servicios de salud eficientes, ni a una buena nutrición, estarían más proclives a decidir planificar el número de hijos que deseaba tener.

Concretamente esta conexión con la salud y la planificación se hace más explícita cuando en 1979 se inicia un experimento en 3 municipios del Tolima y 1 del Cesar, para llevar a cabo un programa integrado de planificación familiar y control de parasitismo intestinal por helmintos, tomando como base las escuelas primarias rurales. El objetivo principal de este proyecto conjunto era en un principio obsequiar los antihelmínticos a los niños y que estos con base en su experiencia les contaran sobre la campaña antiparasitaria y de planificación familiar a sus amigos, familiares y vecinos, como se asegura en un informe de gestión de Profamilia: “De esta manera, se logró hacer de cada alumno de la escuela un eficaz promotor primario de salud”¹⁰³. Luego de que obsequiaran los medicamentos y de que se hubiera hecho la labor de propaganda de voz a voz, los puestos de distribución venderían los antihelmínticos a un bajo precio. Esta unión ayudaría al Programa en dos sentidos: primero, traería nuevos usuarios atraídos por los medicamentos regalados o que no se conseguían fácilmente en las áreas rurales, y segundo, las ventas de estos productos diferentes traerían más ingresos para el sostenimiento y futura independencia del PDCA. Un año después de su implantación, el

¹⁰¹ Cabe aclarar que el acompañamiento por parte del *Population Council* a lo largo de la Distribución Comunitaria fue constante y era el principal soporte económico de la institución, dando dineros y financiando los anticonceptivos.

¹⁰² Igaciuk, “Anticoncepción y aborto: una propuesta de análisis desde los estudios de género”, 10.

¹⁰³ Profamilia, “Informe de gestión 1979”, 1979, Centro de documentación Profamilia, s.p.

Programa arrojaba buenos resultados, ya que de acuerdo a las estadísticas se demostró un aumento en la cobertura del Programa, así se puede leer: “Programa integrado: buenos resultados del proyecto que dio inicio a la unión de la PF [planificación familiar] y el control de parasitismo. Para finalizar 80 el programa integrado cubría 348 escuelas en 21 municipios de Colombia y participaban en él 28, 126 niños y 7015 adultos, lo que arroja un cubrimiento de la población”.¹⁰⁴

Tabla informe de gestión 1980¹⁰⁵

Actividad	marzo	Julio	noviembre
Escuelas y puesto de distribución	157	312	348
Niños tratados	13690	28126	21057
Antihelmínti cos donados	37679	77274	51898
Antihelmínti cos vendidos	9458	27430	28063
% autosuficiencia	36	46	62
Municipios	8	19	21

Entonces, con este ejemplo del “programa integrado” y con las forma cómo se instruía a las distribuidoras, se puede comprender que Profamilia hacía uso de elementos de bienestar o desarrollo de la comunidad (salud intestinal de la madres y de los niños) para expandir el mensaje de planificación familiar. Además, la implementación de este proyecto que incluía medicamentos se puede comprender como una tensión en relación a lo que estaba planteando el *Population Council* durante este mismo periodo con el proyecto de SME-SMD. Como ya expliqué, según la organización estadounidense era necesario enfocarse únicamente en la difusión de n mensaje claro y directo en

¹⁰⁴ Ibíd.,s.p.

¹⁰⁵ Ibíd.,s.p.

planificación familiar para ahorrar en recursos y ser más efectivos a la hora de transmitir el mensaje de uso de anticonceptivos. Sin embargo, Profamilia decidió incluir aspectos de la salud (como ya había hecho durante su alianza con la FN) porque consideró que el uso de estos elementos era estratégico para atraer más usuarios para que adquirieran métodos anticonceptivos, y así cumplir con el objetivo central de disminuir el crecimiento poblacional.

Además, el hecho de que las distribuidoras fueran un actor que no pertenecía al ámbito médico ayuda a comprender por qué ellas no solo se desempeñaban como vendedoras de métodos sino también como asesoras en varios aspectos de la vida de las mujeres usuarias. Estas mujeres, como ya se describió, eran líderes y personas reconocidas de la comunidad por lo cual tenían una posición de autoridad y respeto. Pero al mismo tiempo eran mujeres cercanas y de confianza las que las usuarias les podían consultar sobre temas relacionados a los anticonceptivos pero en un ambiente cercano y lenguaje común. Entonces, considero que la figura de las distribuidoras para Profamilia fue central en el desarrollo y expansión del PDCA porque aparte de no invertir en personal médico especializado, estos actores se configuraron como una alternativa a la experiencia de una consulta médica.

Otro aspecto importante es que, a pesar de que el discurso de la “explosión demográfica” ha sido visto históricamente como una perspectiva utilizada desde los Estados Unidos para imponer los programas de planificación familiar de manera horizontal en América Latina o como una de las causas relegadas en medio de los programas¹⁰⁶, en el caso colombiano parece ser que la reducción en el crecimiento de la población fue la meta principal y fue asimilada tanto por los médicos como por otros actores como las distribuidoras. Así se evidencia en el testimonio de Mercedes, una distribuidora:

“Yo decía eso con el tiempo va a nacer menos y eso de la sobrepoblación ya no porque las familias ya solo dos hijos y en esa época

¹⁰⁶ Por ejemplo, en el caso peruano Necochea sostiene que los médicos en muy pocas ocasiones mencionaron la reducción de la población como una de sus principales metas pero sí la reducción de los embarazos riesgosos o en la pobreza. Además, no impulsaron la educación sexual o sobre la planificación familiar con tanta importancia como la DIU porque había intereses económicos. Necochea López, “La Asociación Peruana de Protección Familiar y los inicios de la anticoncepción en el Perú (1967-1975)”;

Karina Felitti, “La “explosión demográfica” y la planificación familiar a debate: Instituciones, discusiones y propuestas del centro y la periferia.”, *Revista Escuela de Historia* 1, n° 7 (junio de 2010): 1–20; Felitti, “La Iglesia Católica y el control de la natalidad en tiempos del Concilio 15. la recepción de la encíclica ‘Humanae vitae’ (1968) en Argentina.”; Zárate Campos y González Moya, “Planificación familiar en la Guerra Fría chilena: política sanitaria y cooperación”.

habían con 7 o más hijos. Pero es que en ese entonces los maridos no dejaban y muchas señoras se las tomaban a escondidas y eso que empezaban que por qué no había más si ya habían tenido. Me acuerdo de una muchacha que venía de una ladrillera ella me compró cosas de la tienda y tenía cuatro hijos y embarazada de otro, y yo le dije: Anita cómo ustedes va a seguir teniendo hijos así, si las pastas no se las puede tomar porque el marido le revisaba las cosas entonces pues mándese a hacer la cirugía. Entonces, qué cómo hacía, pues al señor se le enfermó la mamá y se fue por allá por Boyacá y aprovechó y por allá se hizo la ligadura. Y es que eso con cinco muchachitos y gente pobre, de las ladrilleras que no tenían qué darle a los hijos. Pues yo pensaba eso cuando empecé con el programa porque eso lo hubo pero con médicos particulares”¹⁰⁷

En este sentido, la planificación familiar como una solución al problema de la sobrepoblación no se debe comprender únicamente como un discurso alejado e impuesto por las personas de países latinoamericanos, sino que debe tenerse en cuenta que para el momento en el que se desarrolló el programa, controlar el nacimiento de los hijos podía considerarse como una solución.

3. Estrategias de Marketing: Encuestas KAP

La comparación entre el SMD y SME era importante en tanto los programas de Distribución Comunitaria no sólo necesitarían de una viabilidad económica u operativa sino que también debían ser seguros. Esta preocupación ya había sido expresada por el director del programa en 1973: “La experiencia de las participantes tomando anticonceptivos orales sin una Supervisión Médica Directa sugiere fuertemente que el control sistemático por médicos no es indispensable siempre que la atención médica esté disponible cuando sea necesario. Este hecho, quizás más que otro, ha hecho a los servicios de planificación familiar en el área rural de Colombia, viables”¹⁰⁸. Asimismo, en una de las evaluaciones del programa¹⁰⁹ uno de los principales aspectos evaluados y contemplados para analizar la viabilidad del PDCA fue la experiencia de las mujeres usuarias de píldoras, y su resultado fue: “De los usuarios actuales entrevistados por los gerentes de los puestos de distribución, solo dos mujeres (0.2 por ciento) dijeron que habían experimentado efectos secundarios de los anticonceptivos. Entre las mujeres entrevistadas en la

¹⁰⁷ Mercedes Hernández y Ricardo Ordonez, Entrevista Distribuidora y su hijo del DCA en el barrio Bonanza, entrevistado por Ana María Jiménez Daza, 31 de agosto de 2017.

¹⁰⁸ Echeverry, “Development of the Profamilia Rural Family Planning Program in Colombia”, 147.

¹⁰⁹ Bailey, Jerald y Correa, “Evaluation of the Profamilia Rural Family Planning Program”.

encuesta de seguimiento, la proporción fue mucho más alta. Alrededor del 27 por ciento”¹¹⁰.

La presencia repetitiva de la categoría de “efectos secundarios” a lo largo de los informes de Profamilia que fueron realizados junto con el *Population Council* muestra que la participación de la entidad extranjera fue determinante a la hora de la medición de factores de riesgo. Es decir, la medición, evaluación y por lo tanto, la confirmación de la seguridad de la distribución de anticonceptivos sin receta médica, llevada a cabo mediante el experimento SME-SMD, podría comprenderse como una necesidad y una condición para financiar la operación de los programas. La realización de este experimento para comparar concretamente, los efectos secundarios, se constituye como una prueba para asegurar que la distribución comunitaria ideada por Profamilia era segura para recibir los dineros de una entidad estatal estadounidense como la AID.

Este tipo de encuestas reflejadas en los informes son símbolo de que las inquietudes puestas en discusión traspasaban las fronteras de los aspectos económicos y técnicos de la distribución de anticonceptivos, y dejan ver qué factores como la salud de las usuarias era importante para dar continuidad a un proyecto. Esto es importante porque saca a la luz otro tipo de tópicos que entraron en la acción de la planificación familiar y que no han sido dilucidados por la historiografía, porque esta se ha centrado en los discursos sobre la implementación de políticas de control de la fecundidad y no en analizar cómo se implementaban estas políticas. Entonces, ver de cerca la práctica, las herramientas con las que se evaluaba cómo implementar políticas de control de la fecundidad, aclara cómo las discusiones en torno a los métodos anticonceptivos pasaron por diferentes temas como los efectos secundarios, el nivel de educación, la salud de las personas y la efectividad de los programas en aspectos técnicos y económicos.

Muestra de esta diversidad de preocupaciones que rodean la implementación de programas como el PDCA es la forma como se decidió evaluar el experimento SMD-SME, a través de las encuestas de Conocimientos, Actitudes y Prácticas –KAP- con el objetivo de dar cuenta lo que las mujeres sabían y hacían respecto a la planificación familiar, y los patrones reproductivos de las áreas rurales los tres departamentos. Para la primera encuesta, la “Encuesta Básica” “se completaron 1.612 entrevistas individuales y

¹¹⁰ *Ibíd.*, 151.

2.184 entrevistas de hogar para tasa de respuesta de 97 y 94 por ciento”¹¹¹. Las entrevistas de la Encuesta Básica se realizaron entre Octubre de 1975 y Febrero de 1976. Los cuestionarios empleados fueron tomados de la Encuesta Mundial de Fecundidad 1976 en Colombia.

Las preguntas de dicha encuesta se enfocaban en tres momentos: el primero, era una caracterización sobre los años de escolaridad de las mujeres entrevistadas, su estado civil o su tipo de unión y su edad. En la segunda sección se hacían preguntas como: el número de hijos nacidos, los que han vivido, en qué momento después de nacidos murieron, su sexo, cada cuánto tiempo nacieron esos hijos, si estaba embarazada o lo había estado en las últimas semanas. La última parte se dedicaba exclusivamente a la planificación familiar, por lo que las preguntas indagaban sobre si las entrevistadas conocían alguna forma para evitar el embarazo, dónde podrían conseguir los métodos anticonceptivos (si en Centro Piloto de Profamilia, Centro de Salud, Hospital, con una motivadora de Profamilia, droguería o médico particular), cuál de estas opciones le era más cercana y cuánto tiempo se demora en llegar, a cuál lugar han ido con más frecuencia y a dónde fueron por última vez. Finalmente, se preguntaba en concreto sobre cuáles son los métodos que conoce y si los ha usado. Si la persona no sabe el nombre de estos, la encuestadora procedía a explicar cada uno de los métodos y preguntar nuevamente si los conocía; por ejemplo: “Una de las cosas que una mujer puede hacer para demorar o evitar un embarazo (encargar hijos) es tomar una píldora todos los días. Ha oído Ud. hablar de este método? (MARQUE LA RESPUESTA EN COL. 2) SI “NO” PASE AL SIGUEINTE METODOS, SI “SI”: Ha usado Ud. alguna vez este método). [...] Hay de estas píldoras en su casa ahora?”¹¹².

En 1985, se realizó la “Segunda Encuesta” en los mismos departamentos para determinar los cambios en el uso y el conocimiento de anticonceptivos en estos sitios luego del establecimiento de los servicios. Aunque la modalidad del

¹¹¹ Marcia Townsend y Ojeda Castro, “Cambios en la prevalencia de uso anticonceptivo y conocimiento en tres zonas rurales de distribución comunitaria de Profamilia en Colombia: Implicaciones políticas”., 9

¹¹² Ojeda Castro y Townsend, “Estudio de fecundidad y anticoncepción en tres áreas rurales colombianas.”, Apéndices y cuestionarios; Corporación Centro Regional de Población, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, y Instituto Internacional de Estadística, “Encuesta Nacional de Fecundidad Colombia 1976” (DANE, septiembre de 1977), 442, Caja 1, 181., Biblioteca DANE, ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/LD_181_1978_EJ_4.PDF.

SMD fue cancelada luego de tres años de iniciada en Norte de Santander, se decidió realizar la segunda muestra en los tres departamentos para poder evaluar las diferencias entre los lugares donde había continuidad. “El trabajo de campo del Post-test se inició en Octubre de 1978 con 12 entrevistadoras y se completó en enero de 1979. El número de entrevistas individuales efectuada durante el Post-test ascendió a 1.963 y el número de entrevistas de hogar, a 2.548”¹¹³. En la etapa preparatoria del Post-test se introdujeron algunos cambios en los instrumentos de la Encuesta Básica. El más significativo fue la eliminación en los cuestionarios de las preguntas que medían la situación económica de las entrevistadas, una de las cuatro variables de control más importantes de la Encuesta Básica. Este cambio se introdujo, de acuerdo al director de la división de investigación de Profamilia y a la representante del *Population Council*, porque “los indicadores diseñados para construir esta variable no la median en forma adecuada”¹¹⁴.

Los resultados de estas encuestas arrojaron principalmente: “que el uso y conocimiento de métodos de anticoncepción y de fuentes de planificación familiar aumentó en los tres departamentos, pero que el cambio fue más pronunciado [en Nariño] que tenía una población rural mayor dónde los niveles de uso y conocimiento en la Encuesta Básica fueron los menores y donde el esfuerzo del programa en el modelo SME fue mayor.”¹¹⁵. Concretamente, en el informe se afirma que en el momento de la encuesta básica las mujeres con mayor conocimiento de métodos en Nariño fueron las más jóvenes -15 a 19 años-, las que no tenían hijos, aquellas con tres o más años de educación formal, y las mujeres residentes en las cabeceras. Pero las estadísticas del post-test muestran que este patrón dejó de existir para el departamento Nariño. Las mujeres de las zonas cafeteras de este departamento tenían niveles de conocimiento de métodos bastante similares, independientemente de la edad, el sitio de residencia, el número de hijos nacidos vivos o el número de años de escolaridad¹¹⁶.

Ahora bien, la realización de estas encuestas, en concreto las KAP, deben ser comprendidas como herramientas con fines concretos. Y estos fines concretos no son exclusivamente para conocer el estado de los conocimientos de las personas en relación

¹¹³ Townsend y Ojeda Castro, “Cambios en la prevalencia de uso anticonceptivo y conocimiento en tres zonas rurales de distribución comunitaria de Profamilia en Colombia: Implicaciones políticas”, 9.

¹¹⁴ *Ibíd.*, 1–2.

¹¹⁵ *Ibíd.*, 7.

¹¹⁶ Townsend y Ojeda Castro, “Cambios en la prevalencia de uso anticonceptivo y conocimiento en tres zonas rurales de distribución comunitaria de Profamilia en Colombia: Implicaciones políticas”; Ojeda Castro y Townsend, “Estudio de fecundidad y anticoncepción en tres áreas rurales colombianas.”

a la planificación familiar sino que tienen la intención de justificar la planificación del programa de Distribución Comunitaria, demostrar que las acciones llevadas a cabo por Profamilia eran efectivas y que de esta manera, la financiación realizada por las agencias internacionales estaba justificada y bien invertida. A una conclusión similar llega el historiador Raúl Necochea para el caso peruano: “lejos de ser simplemente herramientas para describir la realidad, estas encuestas, por medio de sus preguntas y las opciones que daban a los entrevistados, ayudaban a construir la imagen de un público peruano ansioso por tener más acceso a métodos anticonceptivos”¹¹⁷. Además, dichas encuestas estaban basadas en estudios de marketing corporativo en Estados Unidos que servían para demostrar la existencia de demanda de bienes o servicios, así, los estudios que eran financiados por el PC servían para persuadir elites médicas y políticas del valor que tenía limitar el crecimiento poblacional. De esta forma, “se puede señalar que las encuestas de fertilidad de este periodo fueron ejercicios de marketing para posicionar mejor un producto ante los agentes encarados de tomar decisiones [...]”¹¹⁸.

En el caso de la “Encuesta Básica” y la “Post-test”, además de tener como fin explícito la comparación entre el SMD y SME como dos sistemas diferentes de llevar servicios anticonceptivos al país, se alineaba bien con la intención fundamental saber si los esfuerzos llevados a cabo para disminución de la población estaban dando frutos. Profamilia, como una institución creada y liderada por médicos, se había propuesto como meta fundamental contribuir al desarrollo del país a través del uso de métodos modernos y seguros. Así se expresa en el informe de gestión de 1978: “Profamilia es una institución sin ánimo de lucro, cuyo objetivo principal es el de que todos los colombianos que así lo deseen, puedan recibir información y servicio en planificación familiar. Contribuir a través de la PF a reducir las excesivas tasas de natalidad con la intención de facilitar el satisfactorio desarrollo socio-económico el país”¹¹⁹.

¹¹⁷ Necochea López, “La Asociación Peruana de Protección Familiar y los inicios de la anticoncepción en el Perú (1967-1975)”, 105.

¹¹⁸ *Ibíd.*, 108.

¹¹⁹ Profamilia, “Informe de gestión 1978”, 1978, 1, Centro de documentación Profamilia.

Entonces, dichas encuestas que estaban destinadas a conocer sobre el uso, el conocimiento y las prácticas de las personas sobre los métodos anticonceptivos, en este caso particular también actuaron de diversas formas como agentes para la construcción de la red de la Distribución Comunitaria. Estas encuestas y sus resultados al ser expresados de forma numérica se constituyeron como una prueba objetiva que demostraba que el programa de Profamilia era viable y seguro. Estos aspectos se convertían en un aspecto central para demostrar que la financiación estaba siendo invertida de forma segura para disminuir la población en lo que se consideraba un país pobre con la tasa de crecimiento acelerada.

Sumado a esto, es posible comprender cómo este tipo de estrategias como las encuestas KAP se relacionan también directamente con las campañas de educación que acompañaban el PDCA. Las estrategias de educación se pueden entender en este periodo de tiempo desde un enfoque que se preocupaba por conectar la conducta con los resultados de salud. De acuerdo con los autores Isabel Valadez, Martha Villaseñor y Noé Alfaro las estrategias de educación en salud hasta la década de los setenta se caracterizaban por tener la preocupación de intentar cambiar la conducta, los estilos de vida de las personas para que adquirieran métodos más saludable o viables por medio del acceso a la información. Es por esto que el uso de las KAP es fundamental en esta estrategia porque se requería dar un diagnóstico de los problemas en salud para así identificar los factores que influyen el comportamiento de los individuos de una comunidad y luego realizar acciones educativas que impacten en el comportamiento. Así, lo describen este grupo de autores: “Los comportamientos son el objetivo último, utilizando como vehículo para el cambio de éstos, la modificación de conocimientos y actitudes mediante acciones educativas y persuasivas dirigidas exclusivamente al individuo, remarcando la responsabilidad de su propia salud.¹²⁰”. Entonces, en el caso concreto del Programa las labores de educación que llevaban a cabo las instructoras y el Departamento de Educación de Profamilia pueden ser comprendidas como un conjunto de herramientas y de estrategias que se utilizaron para que las personas usaran métodos anticonceptivos, entendiendo que si los conocían y sabían cómo obtenerlos entonces los iban a emplear.

¹²⁰ Isabel Valadez Figueroa, Martha Villaseñor Farías, y Noé Alfaro Alfaro, “Educación para la Salud: la importancia del concepto”, *Revista de Educación y Desarrollo* 1 (marzo de 2004): 43–48.

4. Búsqueda de la autosuficiencia: diseño e implementación del Mercadeo Social como una salida para financiación de los proyectos de Profamilia

Aunque para los funcionarios de Profamilia el PDCA había tenido éxito en tanto abarcaba gran parte de país y se había logrado expandir “el conocimiento y las prácticas” sobre los métodos anticonceptivos, estos tenían una preocupación: obtener independencia económica. Es por esto que en 1973 se inició el programa de Mercadeo Social con el fin de ayudar a Profamilia a subsidiar su programa de distribución comunitaria y al mismo tiempo para aumentar el acceso a la anticoncepción en Colombia. Por esta razón, los precios de los anticonceptivos que se vendían a través del PDCA se fijaron desde el principio casi a niveles comerciales. Este programa se caracterizó por ser exclusivamente de Profamilia, no vender los anticonceptivos reempaquetados bajo marca propia y por ello, por no hacer nuncios de marcas específicas en medios masivos de comunicación. Sin embargo, este proyecto se acabó en 1986 cuando las regulaciones impuestas por el Estado colombiano sobre los medicamentos afectaron las ganancias que se obtenían. Entonces, Profamilia se vio obligada a suspender todos los contratos comerciales que tenían. Otra razón que se relata en los documentos fue que “las compañías farmacéuticas empezaron a limitar las ventas de anticonceptivos a Profamilia, con el fin de restringir el mercado de los mayoristas a ellas mismas y obligar a Profamilia a dirigir sus actividades de mercadeo únicamente al programa de distribución comunitaria”¹²¹. De esta forma, la institución decide hacer una unificación entre el Mercadeo Social y el PDCA que se llamó el Mercadeo Comunitario y que explicaré en el último capítulo.

El Mercadeo Social en el ámbito de la salud comienza a ser utilizado desde la década del setenta principalmente por entidades sin ánimo de lucro para dar respuesta a necesidades de ejecutar programas con calidad a un mayor número de personas y así lograr mayor impacto en la promoción de salud, prevención de enfermedades y el bienestar de la población¹²². Como lo describe Yaromir Muñoz, el Mercadeo Social tiene como objeto la modificación de

¹²¹ Vernon C. y Ojeda Castro, “Estrategias del sector privado de Distribución Comunitaria y Mercadeo Social en Colombia”, 23.

¹²² Bertha Cecilia Peñaloza Pacheco, Cindy Carolina Prieto García, y Ingrid Julieth Rodríguez Velásquez, “Mercadeo en Salud” (Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Departamneto de Salud Pública, 2012), 21.

opiniones, actitudes y conocimientos para mejorar la situación de una comunidad en conjunto¹²³. Este autor describe este sistema como un mecanismo para obtener utilidades con principios a través de un esfuerzo sistematizado para lograr cambios en lo social, dirigido y orientado por un grupo que busca fortalecer los tejidos y las relaciones sociales a través de acciones que refuercen creencias¹²⁴.

Al principio, el programa se apoyaba en cuatro o seis vendedores para distribuir anticonceptivos a las droguerías de las grandes áreas urbanas. A estos vendedores se les pagaba un pequeño salario más las comisiones por ventas. Los productos que vendían eran: píldoras de marca Schering y Wyeth y óvulos vaginales Norfom que se compraban al granel a los productores locales; y píldoras Noriday, tabletas Neo-sampoon, espumas Emko y condones Tahiti y Conture que eran donados¹²⁵.

Cuando empezó este proyecto, Profamilia había acordado con cinco distribuidores los derechos exclusivos para que cada uno comercializara anticonceptivos en siete departamentos. Estos distribuidores eran mayoristas de productos farmacéuticos, ya que estaban cubriendo la mayoría de las droguerías de las áreas urbanas y podrían introducir los anticonceptivos en su línea de productos a bajo o ningún costo. Como Profamilia tenía únicamente la responsabilidad de entregar los productos en los almacenes de los distribuidores y así al vendedor sólo se le pagaba únicamente un pequeño salario más las comisiones, la organización se beneficiaba por una gran disminución de responsabilidades administrativas y al mismo tiempo tenía asegurada una ganancia en un mayor número de productos¹²⁶.

De esta forma, la estrategia de Profamilia con la introducción de este nuevo Programa fue proveer más ingresos para la sustentación del PDCA. Esta acción se basó principalmente en la preocupación de que las organizaciones estadounidenses no siguieran financiando la labor de Profamilia. Es por esto que los esfuerzos de la instrucción se empezaron a concentrar cada vez más en este tipo de mercadeo que según los informes traía grandes beneficios económicos: “Una variedad del programa comunitario es el Mercadeo Social que facilita la obtención de anticonceptivos, colocándoles en el comercio a precios inferiores a los imperantes en el mercado. Se

123 Yaromir Muñoz Molina, *Mercadeo Social en Colombia*, primera (Medellín, Colombia: Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2001), 6.

124 Muñoz Molina, 76.

125 *Ibíd.* 6–8.

126 *Ibíd.*, 8.

calcula que este programa cubre la mitad de las droguerías del país. Desde 1975 los programas distribución de anticonceptivos de Profamilia han vendido un total de 25'239.008 ciclos de píldoras y desde 1976 un total de 32'731.274 condones. En 1979 casi el 25% de los ingresos totales de Profamilia se debieron a programa de mercadeo social"¹²⁷.

Para finales de este periodo los informes mostraron resultados contradictorios frente al desempeño del Mercadeo Social porque afirma que este “logró una ganancia neta de US. \$0.20 por APP mientras que en Cundinamarca [donde se implementaba el PDCA tradicional] se tuvo un costo de Us \$4.20 por App”¹²⁸. Las cifras muestran que el motivo principal de esta discrepancia estaba en los costos de operación de cada estrategia, más que en sus ingresos. Mientras que dos años se gastaron US \$ 16.225 para atender a Santander con el programa de Mercadeo Social, los gastos en Cundinamarca con el PDCA tradicional durante el mismo periodo fueron de US \$ 69.004 principalmente debido a costos de personal. Sin embargo, los mismos investigadores de Profamilia y del *Population Council* realizaron un análisis en el que concluyeron que mientras duró el proyecto se observó una tendencia negativa de ventas en el experimento de Mercadeo Social, mientras que en la de distribución comunitaria se experimentó una tendencia positiva a través del tiempo¹²⁹. Aunque también concluyeron que podían llegar a otro tipo de público y de mercado por medio del Mercadeo (como droguerías y empresas) por lo cual este programa sería viable; sin embargo, todavía no contemplaban con las regulaciones de los precios de medicamentos importantes que acabaría con el Mercadeo Social.

De esta forma, la formación del Mercadeo Social se puede comprender como un intento de reconfiguración estratégica de la red del Plan para poder dar continuidad a la labor de Profamilia más allá del apoyo internacional. Así, la gestión y los intereses locales se demuestran en la supervivencia de Profamilia como institución, y su transformación de acuerdo a los cambios internacionales y nacionales.

¹²⁷ Profamilia, “Informe de gestión 1981”, 1981, s.p, Centro de documentación Profamilia.

¹²⁸ Vernon C. y Ojeda Castro, “Estrategias del sector privado de Distribución Comunitaria y Mercadeo Social en Colombia”, 22.

¹²⁹ *Ibíd.*, 22–23.

Capítulo III Comercialización y Derechos Sexuales y Reproductivos: retos finales para el programa (1980-1989)

Para los años ochenta, dentro del marco de la negociación de conformación de nuevas redes, Profamilia comenzó a cambiar sus acciones hacia un fin más comercial, por la inminente falta de ayuda internacional, y con las preocupaciones de las enfermedades de transmisión sexual en la mira. Es decir, la institución cambia la configuración y los roles de los actores en la red para adaptarse a unas nuevas realidades. En esta etapa del proyecto se producen la mayor cantidad de informes y de estudios porque la asistencia del *Population Council* estaba llegando a su fin así, que se necesitaba dar cuenta de los resultados y Profamilia proponía cambios para ajustarse al nuevo contexto. En los primeros años, se realizaron diferentes proyectos que se enfocaban en encontrar alternativas para hacer que el PDCA fuera más viable en términos económicos. Luego, los informes y las investigaciones se volcaron más hacia reemplazar el PDCA por el Mercadeo Social, hasta que finalmente se implanta el Mercadeo Comunitario. Este proceso de cambio tenía la intención de volcar a Profamilia hacía un fin más comercial. Además, algunas de las investigaciones y proyectos realizados partir de la segunda mitad de la década de los ochenta pueden ser muestra de una transformación en los objetivos de Profamilia, puesto que la única meta ya no era la disminución de la población, sino también la prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

En este capítulo, exploraré la forma cómo Profamilia adaptó la red del PDCA para hacer frente a diferentes cambios como el fin del apoyo estadounidense, la regulación del precio de los medicamentos que importaban y la configuración de los Derechos Sexuales y Reproductivos que ponían en el centro la preocupación global frente a las ETS, en particular el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

1. Entre la modalidad de equipo y la de incentivos para el sostenimiento del PDCA: experimentos en la Costa Atlántica y el Cauca

En 1980 Profamilia inició nuevamente un contrato con el *Population Council* con un proyecto que se llamó “Distribución Comunitaria en Áreas rurales” pero ahora

con el fin de encontrar un punto de equilibrio entre la promoción y el mantenimiento de del PDCA para que a largo plazo pudiera funcionar con una financiación mínima y que al mismo tiempo incrementara las tasas de cobertura para los usuarios de métodos anticonceptivos¹³⁰. El proyecto se llevó a cabo en 27 municipalidades del César y 39 adicionales en Cauca, Bolívar y Norte de Santander.

Durante dos años en el Cesar y Cauca se comparó el costo-beneficio del modelo de la promotora tradicional (probado anteriormente en Nariño, Risaralda y Santander) con un sistema de equipos. Estos equipos estaban conformados por una mujer y un hombre que viajaban en un campero, contaban con un equipo audiovisual y tenían la labor de conformar puestos de distribución, capacitar distribuidores y reabastecerlos trimestralmente. De esta forma, el equipo podría abrir o cerrar los puestos de distribución, tenía comunicación con las distribuidoras pero también con las usuarias porque cumplía labores pedagógicas con las nuevas aceptantes o las usuarias permanentes. Además, dentro de estas labores tenían un papel fundamental en la remisión de usuarias a las Clínicas Piloto para esterilizaciones: “El equipo como personal recibirá partes iguales del incentivo de \$500 que se otorga a la clínica por cada esterilización realizada que exceda la meta. Sistema rural: equipo organice un grupo de mujeres que desean ser esterilizadas, Profamilia absorberá los costos del transporte cuando no puedan”¹³¹. Esta modalidad fue establecida principalmente en los municipios de Cauca y en la ciudad de Montería¹³². Además, Se les suministró un campero, equipo de proyección, manuales del área de Información, Educación y Comunicación (IEC)¹³³, papelógrafos y ayudas audiovisuales. Su responsabilidad fue la de promover el uso anticonceptivo por medio de reuniones en grupos numerosos, en vez de visitas domiciliarias, y reabastecer a

¹³⁰ AID, “First year narrative progress report. September 30, 1980- September 29, 1981”, 1981, S.P, Centro de documentación Profamilia.

¹³¹ Profamilia y Consejo de Población, “DISTRIBUCIÓN COMUNITARIA DE ANTICONCEPTIVOS EN LA COSTA ATLÁNTICA DE COLOMBIA (DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ÁREAS RURALES): TERCERA FASE 1º. DE OCTUBRE, 1982-29 DE FEBRERO, 1984.”, 1984, 6, Centro de documentación Profamilia.

¹³² *Ibíd.*, 9.

¹³³ Este concepto de IEC es usado en salud para describir las estrategias para aportar información y herramientas para conocer sobre un problema en concreta a una comunidad. Es usado ampliamente en los programas de prevención del VIH/SIDA.

los distribuidores cada tres meses y no cada mes como se venía haciendo en el sistema tradicional. Su estrategia consistía en trabajar una zona predeterminada por un periodo de un año, para luego pasarse a la fase de mantenimiento, la cual requeriría menos tiempo y personal y muy pocas actividades de promoción¹³⁴.

Este modelo de equipos se comparó con una modalidad de incentivo a las promotoras, porque mientras la estrategia por equipo pretendía dar mayor énfasis a la educación y promoción a grupos como mecanismos para aumentar las ventas, la estrategia con incentivo se apoyó implícitamente en la motivación económica de los instructores para aumentarlas.

En los departamentos de Cauca y César, y en Bogotá, Girardot, Barrancabermeja y Villavicencio, a las promotoras se les empezó a pagar, además de su salario básico, unos incentivos por los métodos vendidos. Además, se les permitió vender anticonceptivos a farmacias y a tiendas pequeñas además de los puestos de distribución usuales en los cuales dejaban consignación. Mientras que el costo para el consumidor que compra su método al distribuidor fue establecido por Profamilia, las farmacias y otras tiendas podían venderlos al precio que desearan. Así, la promotora estaba en libertad de organizar su programa de trabajo en la forma que le pareciera. Estas mujeres tenían una responsabilidad importante dentro de la red porque dentro de sus funciones estaban: hacerse cargo de los métodos entregados, hacer las consignaciones a los centros de Profamilia y visitar los puestos de distribución al menos cada tres meses. Además, como la intención principal era volver más rentable el sistema, se propuso que las promotoras enviaran los métodos a través del sistema postal o de transporte público¹³⁵.

Incentivos de acuerdo a los métodos vendidos¹³⁶

Noriday	\$ 5.00 ciclo
Shering	\$ 3.00

¹³⁴ Ojeda Castro y Townsend, "INFORME NARRATIVO FINAL DISTRIBUCION COMUNITARIA DE ANTICONCEPTIVOS EN AREAS RURALES", 21.

¹³⁵ Profamilia y Consejo de Población, "DISTRIBUCIÓN COMUNITARIA DE ANTICONCEPTIVOS EN LA COSTA ATLÁNTICA DE COLOMBIA (DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ÁREAS RURALES): TERCERA FASE 1º. DE OCTUBRE, 11982-29 DE FEBRERO, 1984.", 2-10.

¹³⁶ Consejo de Población, "REGULATIONS FOR INCENTIVE SYSTEM AND AUTORIZED COSTRACEPTIVE COSTS FOR BOGOTA, BARRANCAMERMEJA, GIRARDOT AND VILLAVICENCIO."

y Noral	ciclo
Condones	\$1.00 unidad
Norform	\$2.00 caja
Neosamp	\$10.00 tubo
Nandol	\$ 0.20 tableta
Pirantel	\$ 1.00 tableta

Precios¹³⁷

Productos	Precio venta a Distribuidor y mini-bodega	Consignación en Puestos Distribución	Al público
Noriday	\$24.00	\$25.00	\$30.00
Shering y	\$24.00	\$25.00	\$30.00
Otros	\$5.00	\$6.00	\$8.00
Condones	\$43.00	\$45.00	\$50.00
Norforms	\$155.00	\$165.00	\$180.00
Neosamp	\$1.80	\$2.00	\$2.50
oon	\$5.00	\$6.00	\$7.00
Nandol			
Pirantel			

La finalidad principal de dar estos incentivos monetarios a las instructoras era aumentar los ingresos del Programa, pues se fomentaba la venta de los productos en droguerías, además, hacía que los puestos de distribución

¹³⁷ Lily de Bucheli, “Programa Comunitario Experimental”, 1983, S.P, Centro de documentación Profamilia.

compraran de forma directa y disminuyeran los que los adquirirían por consignación. De acuerdo a los informes el sistema de grupos fue más efectivo en tanto el costo por APP fue mucho menor: US \$1,44 frente a US \$9.29.

Ahora bien, los reportes como herramientas para conocer y hacer un seguimiento certero sobre la viabilidad de este experimento eran centrales; sin embargo, en los informes del *Population Council* se hace evidente que manejar y recibir estos reportes o estadísticas desde diferentes partes suponía un inconveniente. Por ejemplo, según el Segundo Informe del Programa se sostiene que aunque las estadísticas parecen ser consistentes en departamento del César en el Cauca no fue así, y de forma más concreta se afirma que: “La disminución drástica en el número de esterilizaciones y el aumento extremadamente alto del número de nuevos aceptadores de otros métodos - principalmente orales- indican posibles problemas de notificación probablemente en el segundo período y / o el efecto del equipo.”¹³⁸. Además, se citó que en el suministro de anticonceptivos por medio de transporte público aunque parecía ser una alternativa bastante aceptable; sin embargo, la remisión de estadísticas de servicio no funcionó bien por los trayectos largos y la dificultad de enviar reportes de forma constante

Aunque la implementación de sistemas de información cuantitativos como las encuestas o unos reportes de ventas era la forma de hacer una evaluación certera y predecir cómo continuar con el Programa, este hecho muestra las contingencias, los cambios que se hacían para el mantenimiento de una red como la del PDCA. Otra forma por la que es posible ver estas contingencias y la forma cómo Profamilia y el *Population Council* intentaron resolverlas, fue por medio de la realización de una tercera encuesta de control para evaluar la necesidad insatisfecha y luego, para evaluar mejor este problema se decidió recurrir a otra metodología no cuantitativa.

Luego de la Encuesta Básica de 1976 y el Post-Test de 1979, en esta nueva etapa del proyecto se decidió hacer una tercera encuesta entre 1981 y 1982¹³⁹. La forma en la que se realizó se explica así:

“por muestreo se realizará en el control original y zonas experimentales, es corto porque el cuestionario será corto y solo se entrevistará a un número aproximado de 1.150 mujeres en lugar de 2.309 de la Segunda Encuesta [Post-Test-]. El Propósito es detectar los cambios en la

¹³⁸ AID, “SECOND YEAR PROGRESS REPORT October 1, 1981 to November 30, 1982”, 1982, 7, Centro de documentación Profamilia.

¹³⁹ Ojeda Castro y Townsend, “INFORME NARRATIVO FINAL DISTRIBUCION COMUNITARIA DE ANTICONCEPTIVOS EN AREAS RURALES”.

prevalencia del uso de anticonceptivos en una zona en fase de mantenimiento durante y después de haber recibido una campaña intensiva de planificación familiar durante un año. La mitad para los segmentos rurales y en una cierta parte para los urbanos. Hogares seleccionados por medio de lista de hogares de la Segunda Encuesta”¹⁴⁰.

La necesidad insatisfecha es definida por Profamilia como la falta de uso de métodos anticonceptivos en familias que no desean tener una familia más amplia. De forma concreta afirman: “Colombia existe alrededor de 1 millón 44 mil mujeres casadas que no desean más hijos y; sin embargo, no están adecuadamente protegidos contra el riesgo de embarazo”¹⁴¹. Ahora, como se cita en los informes de Profamilia, según los análisis de la EMF y de las encuestas de Prevalencia Anticonceptiva (EPA) 1978-1980, el mayor nivel de insatisfacción está entre mujeres rurales analfabetas que son la población objetivo y del servicio de promotoras rurales del Ministerio de Salud y de Profamilia. Sin embargo, para Profamilia, estos estudios suministraban la información suficiente para diseñar sistemas de prestación de servicios para satisfacer la necesidad de mujeres o parejas que no están utilizando un método.

En los mismos documentos de Profamilia, los funcionarios sostienen que aunque las encuestas se diseñaron para estudiar el comportamiento anticonceptivo de las mujeres rurales de Colombia, no contribuyó para diseñar las estrategias de servicio para satisfacer la necesidad de usuarias que no desean más hijos. De acuerdo a los análisis presentados, los autores de los informes sostienen que esto no se debe a que no conozcan un método, porque las cifras demuestran que la mayoría de las mujeres casadas conocen por lo menos un método. De este modo, “la discrepancia entre no uso y no deseo de más hijos agrega a los altos niveles de conocimiento anticonceptivo entre las mujeres con necesidad insatisfecha, indica que esta mujeres representan una población objetivo especial para los programas organizados de planificación familiar”¹⁴².

¹⁴⁰ En relación a esta encuesta sólo se encontraron documentos que hablaban de la Necesidad Insatisfecha y no sobre su aplicación, formularios, o estructura completa. Profamilia y Consejo de Población, “DISTRIBUCIÓN COMUNITARIA DE ANTICONCEPTIVOS EN LA COSTA ATLÁNTICA DE COLOMBIA (DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ÁREAS RURALES): TERCERA FASE 1º. DE OCTUBRE, 1982-29 DE FEBRERO, 1984.”, 26.

¹⁴¹ Profamilia y Consejo de Población, 26.

¹⁴² *Ibíd.*, 29.

Con base en estos análisis, Profamilia junto con su aliado estadounidense, se proponen hacer un nuevo proyecto que tenía como objetivo identificar cuáles eran las razones del no uso entre mujeres que habían expresado que no deseaban tener más hijos pero no estaban usando anticonceptivo o estaban empleando un método ineficaz. Para esto decidieron llevar a cabo una investigación etnográfica para describir la “subcultura” de necesidad insatisfecha de planificación familiar de 58 mujeres o parejas seleccionadas entre 487 mujeres identificadas como necesidad insatisfecha en la segunda Encuesta Cesar-Cauca. Según el informe, el estudio etnográfico es era el más adecuado por el carácter exploratorio de las razones del no uso entre las necesidad insatisfecha, por las limitaciones de un cuestionario estructurado y por qué el estudio estaba dirigido a las parejas rurales de Colombia, razón por la cual se descartaba desde un punto de vista logístico otros tipos de técnicas tales como las sesiones focales¹⁴³. Lo primero que deberían hacer los antropólogos contratados era hacer un cuestionario básico en el que se preguntaba sobre su estado civil, el tipo de unión, número de embarazos, de partos y de hijos vivos. Además, se cuestiona sobre su fertilidad, la frecuencia de las relaciones sexuales y cuántos hijos más querían tener y su experiencia con los métodos anticonceptivos. Luego del cuestionario se empleaban técnicas etnográficas para estudiar actitudes, opiniones y percepciones de las 48 mujeres y de sus esposos. Las áreas de interés eran las siguientes:

1. actitudes
 - a. vida familiar (papel de la mujer, hijos)
 - b. planificación familiar.
 - c. métodos específicos, incluyendo la lactancia
2. opiniones de otra persona
 - a. planificación familiar (uso de anticonceptivos, espaciamiento, terminación)
 - b. métodos,
 - c. papeles que desempeña la mujer (cuándo tener hijos, cuántos)
 - d. tamaño de la familia.
3. percepciones respecto a la Planificación Familiar y a los mensajes
 - a. agentes,
 - b. métodos disponibles

¹⁴³ *Ibíd.*, 29–32.

c. reuniones, visitas domiciliarias, grupos¹⁴⁴.

El cruce de esta información arrojó resultados como: aproximadamente la mitad de las familias (45%) indicaron que tenían acceso a un puesto de salud y más de la mitad 53.4% a un puesto de distribución de Profamilia en sus respectivas comunidades. En la medición las mujeres demostraron un conocimiento muy alto en relación a su conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos – incluso la esterilización-. Sin embargo, los maridos por el contrario demostraron menor nivel de conocimiento sobre métodos entre un cuarto y un medio del nivel del conocimiento femenino. El 36% de las mujeres admitió haber usado por lo menos un método, el método más usado fue la anticoncepción oral y casi el 30% de las mujeres admitió haber tomado alguna vez. El 77% de los hombres admitió haber usado alguna vez condones, mientras que solo el 1.7% de sus esposas lo admitió¹⁴⁵. Con base en estos resultados, se llegó a la conclusión de que se debía informar más claramente al hombre sobre los riesgos que para su mujer implica un nuevo embarazo e inducir a las parejas para que tomen una decisión al respecto. Entonces, proponían que se debían fomentar los mecanismos de remisión para las esterilizaciones y que al mismo tiempo se podría dar mayor atención, en términos de cobertura, prestando servicios de IEC en un mayor número de zonas rurales, ya sea por medio de unidades móviles o incrementando la colaboración con el Ministerio de Salud Pública. Así, nuevamente es claro como la necesidad y la carga de planificar recaían en las mujeres porque, como se demostró en los resultados, la mayoría de las mujeres tenían conocimiento de los métodos ya que eran las encargadas mayormente de utilizarlos. Se introduce una nueva preocupación de explicar e incluir a los hombres en las prácticas anticonceptivas. Este hecho como se verá en el próximo capítulo es símbolo de los cambios y ajustes que se dan la red de Programa.

La preocupación sobre la necesidad insatisfecha y los costos del Programa estuvo también marcada por los problemas con las distribuidoras. Como se sostiene en los informes, junto con los resultados obtenidos de la encuesta Cauca-Cesar en los que se mostraba que los usuarios de anticonceptivos

¹⁴⁴ Bailey, Jerald y Correa, “Evaluation of the Profamilia Rural Family Planning Program”, 33–37.

¹⁴⁵ Ojeda Castro y Townsend, “INFORME NARRATIVO FINAL DISTRIBUCION COMUNITARIA DE ANTICONCEPTIVOS EN AREAS RURALES”, 30–48.

orales no conocían el uso correcto del método, los directores de Profamilia se cuestionaron la calidad del entrenamiento brindado a los distribuidores y hasta su capacidad para presentar servicios de calidad a la comunidad. Además, este hecho suponía un problema porque esto posiblemente influyó en los costos de Profamilia por entrenamiento de distribuidores y ha sugerido la posibilidad de que el PDCA distribuyera anticonceptivos a través de pequeñas droguerías y solo por medio de distribuidores en aquellas zonas apartadas donde no exista la disponibilidad de droguería.

Por las razones anteriores, el estudio de distribuidores estaba orientado hacia la medición de: primero, el nivel conocimiento o información que tiene el distribuidor acerca de los métodos anticonceptivos que vende. Luego, la forma como comunica esta información a los usuarios. Tercero, la eficiencia con que administra su puesto de distribución. Se esperaba que los distribuidores, en tanto responsables del mayor volumen de ventas, calificaran más alto en estos tres puntos. Para el efecto, se tomó en cuenta: a) entrenamiento y supervisión de los distribuidores (contenido y frecuencia); b) características personales tales como: educación, uso anterior y actual de anticonceptivos y c) características del puesto de distribución. Por la importancia que puede tener este estudio para los programas de Profamilia, se seleccionó al azar, durante el segundo semestre de 1984, una muestra de puestos de distribución entre los 3,452 puestos activos. Los puestos de distribución fueron supervisados por 75 instructoras, y estaban localizados en 582 municipios. Por el alto costo de las visitas, la muestra final incluyó solo aquellos municipios que tenían dos o tres puestos de distribución, y se incorporaron una totalidad de 616 puestos de información. Como conclusiones, se presentaba que los distribuidores tenían un poco más de edad y algunos años más de educación que los otros miembros de su comunidad, pero casi todos son individuos que sencillamente están preocupados e interesados en prestar algún servicio a su comunidad¹⁴⁶.

Aunque la información sobre las ventas de anticonceptivos indicaba que el Programa estaba siendo desarrollado en forma adecuada, se hicieron unas advertencias para que la red de distribución de mantuviera. Primero, debía mantenerse un mayor control sobre el número y localización de los puestos de distribución. La encuesta indica

¹⁴⁶ *Ibíd.*, 45.

que casi el 10% de los puestos activos no están prestando servicio. Debido a que la información está manejada en su totalidad por personal de Profamilia, la información sobre la administración de los puestos de distribución debía ser mejorada. Segundo, entre 20 y 30% de los puestos no exhiben al público ni el aviso ni la lista de precios de los anticonceptivos. Como mínimo, los distribuidores durante sus visitas trimestrales debían asegurarse que el aviso estuviera desplegado correctamente. Tercero, el nivel de conocimientos de los distribuidores sugiere la necesidad de un mayor énfasis en el contenido del manual durante las visitas de supervisión. Aunque se puede argumentar que en su mayoría, los distribuidores son voluntarios y que esta falla de conocimiento no afectaba, era importante que ellos, como representantes de Profamilia, estuvieran capacitados para suministrar información adecuada sobre el uso de los anticonceptivos que venden. Finalmente, el volumen de ventas y el número de puestos activos de distribución, representaban la importante labor que Profamilia ha desarrollado en las comunidades rurales de Colombia, por tal motivo, el esfuerzo debía ser fortalecido por medio de un programa de Información, Educación y Comunicación que refiera la labor de reabastecimiento y estadísticas de ventas¹⁴⁷.

Vicky Singleton y Mike Michael en un caso sobre un programa de detección de cáncer de cuello uterino en Reino Unido, que se enfoca principalmente en el papel de los médicos generales en este programa proponen que las ambigüedades no solo posibilitan las fracturas en la red sino también la pueden sostener. Para estos autores, Callon o Latour presentan las redes limpias y claras donde los actores emergen como entidades internas, pero la propuesta que se hace en el texto “Actor.Network and Ambivalence: General Practitioners in the UK Cervical Screening CSP”, es que la multiplicidad de dados actores es relegado en las vueltas y cambios en las asociaciones entre ellos¹⁴⁸. Así, la propuesta de estos autores es entender con base en la teoría del actor-red pero dejando ver las ambigüedades e indeterminaciones que para ellos sostienen y

¹⁴⁷ Ojeda Castro y Townsend, “INFORME NARRATIVO FINAL DISTRIBUCION COMUNITARIA DE ANTICONCEPTIVOS EN AREAS RURALES”.

¹⁴⁸ Singleton y Michael, “Actor-Networks and ambivalence: General Practitioners in the UK Cervical Screening Programme”, 232.

subvierten las redes al mismo tiempo. De esta forma, comprender las distribuidoras como puntos de paso obligatorio en la red del PDCA es de ayuda para comprender por qué Profamilia se preocupó por evaluar la acción de estos actores para poder así cambiar y tomar acciones que hicieran el Programa más productivo.

En esta revisión es notable cómo Profamilia y *Population Council* por medio de estas herramientas científicas –encuestas y el trabajo etnográfico– hicieron un trabajo reflexivo en donde se aprecia que en diferentes formas la red del PDCA se estaba reestructurando para poder sostenerse. Primero, por medio de la organización de los programas por equipos y de incentivos se intentó dar solución a los problemas sobre los costos. A partir de esto y de las encuestas y de la revisión de estos proyectos, ajustaron la problemática a una más grande: la Necesidad Insatisfecha. Esto muestra que el interés de los actores principales era una preocupación sobre la discusión de las tasas de fecundidad en Colombia. Aunque pueda parecer obvio, en otros países la acción médica anticonceptiva no tenía como fin central la disminución de la población. Por ejemplo, en Perú los médicos con la inserción de los DIU tenían más en mente reducir el aborto o la mortalidad infantil y materna¹⁴⁹. Sin embargo, en el caso de la configuración de la red del PDCA es posible ver cómo hay un reto logístico a la hora de que el Programa se reinvente tanto para adecuarse a temas monetarios como para cabida a otras preocupaciones o herramientas. Es así como, también involucran investigaciones cualitativas para complementar las medidas y las encuestas que venían haciendo desde la década anterior. Esto supuso la elaboración de nuevas herramientas de trabajo, la vinculación de otro tipo de actores, como los antropólogos, y nuevamente llegar a las personas que hacían uso de los anticonceptivos. Además, es posible ver cómo, a diferencia de los estudios realizados con anterioridad, estos se enfocaron en lo que los hombres piensan sobre la anticoncepción y dando paso así a lo que serían los proyectos y las transformaciones del final del PDCA.

2. Mercadeo comunitario: Fin del PDCA y unión con el Mercadeo Social

En 1986 se inició un proyecto de investigación de operaciones para probar si un programa de Mercadeo Social de anticonceptivos podría reemplazar al PDCA en áreas rurales y urbanas marginadas donde la prevalencia en el uso de anticonceptivos ya era

¹⁴⁹ Necochea López, “La Asociación Peruana de Protección Familiar y los inicios de la anticoncepción en el Perú (1967-1975)”.

alta. Además, como consecuencia de las nuevas regulaciones gubernamentales sobre la venta de los productos donados, Profamilia se vio obligada a suspender su programa de Mercadeo Social como uno de servicios independiente. Con el fin de evitar la pérdida de ventas de sus productos en las droguerías a las que atendía el programa de Mercadeo Social, Profamilia decidió crear uno nuevo de Mercadeo Comunitario en el que los instructores o trabajadores de campo del PDCA disminuían sus actividades de IEC, seguían vendiendo anticonceptivos a través de los puestos comunitarios y pequeñas droguerías y mayoristas de las áreas urbanas¹⁵⁰.

Entre las nuevas regulaciones a las que se hacían referencia se encuentra la modificación de un decreto que regulaba el precio de los medicamentos donados:

“El citado Decreto 1604 de 1985 fue modificado por el Decreto número 522 de 1976, también invocado en el Decreto número 1604, el cual con relación a las normas que antes se destacaron, restringió la posibilidad de exoneración de la obligación de someterse a registro al caso único de los productos que se destinen a investigación científica, es decir, eliminó la posibilidad de tal exoneración para el caso de producción o importación con fines de comercialización”¹⁵¹.

Además, desde esta década se empezó la regulación, por medio del régimen de libertad vigilada, de los precios de los medicamentos distribuidos por las organizaciones sin fin de lucro como Profamilia. De forma específica, el precio de los medicamentos no podría superar el 20% del costo de la importación, además si un medicamento tenía el precio ya establecido por el Ministerio de Salud, el precio no podía ser superior al que ya se había aprobado. Es claro que estos cambios afectaban a Profamilia de forma general, pero en concreto al PDCA, porque el apoyo más importante de las entidades estadounidenses era la donación de los anticonceptivos. Aunque Profamilia en 1987 demandó para objetar estas nuevas regulaciones y poder obtener ganancias de los productos importados en la modalidad de la distribución comunitaria, el Consejo de Estado falló en contra de Profamilia:

¹⁵⁰ Vernon C. y Ojeda Castro, “Estrategias del sector privado de Distribución Comunitaria y Mercadeo Social en Colombia”, 10.

¹⁵¹ Consejo de Estado y Sala de lo Contencioso Administrativo, “Sección Primera E. No. N311.”, 19 de enero de 1988.

“[...]punto de vista elemental de mercadeo es obvio que la persona que importe un bien cobijado por el régimen del Decreto 1604 de 1985 al tener esa restricción para fijar su precio de venta está obligado a asumir una pérdida enorme (80,7%, configurándose un desposeimiento legal del Estado al importador pues le restringe el derecho que éste tiene a comercializar el producto obteniendo obviamente sus ganancias, en tratándose de personas que tengan ánimo de lucro, o por lo menos a recuperar la inversión, en los casos de las personas que no operen con fundamento en tal ánimo”¹⁵².

Esta situación afectó a Profamilia de forma temprana sobre todo en la recolección de sus ganancias, así se afirma en un informe de gestión: “Las actividades del programa de mercadeo en 1985 no escaparon a los problemas económicos y sociales que vive el país. Hubo que retirar del mercado cerca del 50% de los productos disponibles el año anterior. A pesar de ello en 1985 el programa distribuyó 2.649.400 ciclos de píldoras, 2.334.972 condones, 2.054.732 tabletas vaginales”¹⁵³.

La pregunta de este estudio fue si la estrategia de Mercadeo Social de anticonceptivos podría reemplazar una estrategia de distribución con base en la comunidad en áreas rurales y urbanas marginadas donde relativamente se ha logrado una alta prevalencia de anticonceptivos. Aunque para la institución el modelo de distribución comunitaria había tenido mucho éxito en la promoción del uso de anticonceptivos en áreas rurales donde el conocimiento, el uso y disponibilidad de anticonceptivos eran bajos, han sido un componente costoso de los programas de planificación familiar. La razón era la necesidad de trabajadores de campo asalariados que a cargo de la información, comunicación, educación y la creación puestos de distribución independientes. Los programas de Mercadeo Social entonces, deberían ser menos costosos, porque dependen de un menor número de personal asalariado y venden anticonceptivos por medio de farmacias y puntos de venta comerciales en áreas que tienen mayores densidades de población y un mayor conocimiento y uso de anticoncepción. Así también lo explicó Rocío Murad, miembro del equipo técnico de Profamilia:

“La idea era empezar a ver si se hacía distribución comunitaria o venta por mercadeo. Habían ciertas cosas que se movían más por mercadeo en términos masivos y finalmente ganó, porque se hizo un encuentro para evaluar la efectividad, que era más adecuado hacer estrategias masivas y que la distribución comunitaria era mejor para distribuir los condones y fortalecer con droguería y con toda la red que hubiera y no concentrarnos en la población de riesgo porque si nos concentrábamos en la población de riesgo porque nos dimos cuenta que habían zonas como las mineras donde las

¹⁵² Ibid.

¹⁵³ Profamilia, “Informe de gestión 1985”, 1985, Centro de documentación Profamilia.

mujeres no tenían comportamiento de riesgo pero sus esposos eran consumidores de prostitución. Entonces, no las estamos

Se eligieron dos departamentos para evaluar la viabilidad del cambio hacia el Mercadeo Comunitario. En Santander, se discontinuó el PDCA y se amplió la cobertura del Mercadeo social a las áreas rurales. En Cundinamarca, los programas de Mercadeo Social y PDCA por ventas continuaron igual, solo se insertó el programa de incentivos por metas cumplidas.

Para calcular la eficiencia de las estrategias se restaron todos los resultados a los ingresos por ventas de anticonceptivos y el resultado se dividió entre el total de Años de Protección Pareja¹⁵⁵ vendidos en cada área. En el caso del programa de Mercadeo Social, los costos incluían los que se hacían al comprar anticonceptivos y la cantidad fija que se daba al mayorista para los gastos del vendedor, así como el costo de los folletos. Sin embargo, no se incluyó el costo de la capacitación los farmacéuticos porque se pensó que esto no sería normalmente parte de una estrategia comercial. Con el fin de hacer comparables los costos de efectividad del programa de Mercadeo Social con los de Cundinamarca, se presentaron dos conjuntos de cifras de ingresos/costos del experimento Mercadeo Social: uno para el Departamento en su totalidad, incluyendo a Bucaramanga, y otro para las regiones rurales y semi-urbanas. Para llegar a estas últimas cifras se restaron los ingresos por ventas de Bucaramanga así como el costo de los anticonceptivos que se vendieron allí.¹⁵⁶ En el caso de la estrategia PDCA, los costos incluían los anticonceptivos, los salarios, y prestaciones de los instructores, los gastos de viajes, viáticos y el costo de los materiales educativos como folletos y manuales para los distribuidores. Como en Santander, las referencias para esterilización o las esterilizaciones ya realizadas en las clínicas no fueron incluidas. Para probar la efectividad de las estrategias, se efectuó una encuesta inicial y otra final entre las mujeres alguna vez unidas (con pareja estable) entre 15 y 19 años de vivían en zonas rurales semi-rurales, y urbano-marginales. En el caso de la estrategia de Mercadeo Social se decidió

¹⁵⁴ Rocío Murad, Entrevista a Rocío Murad, estadista miembro del equipo de Profamilia, entrevistado por Ana María Jiménez Daza, 27 de marzo de 2017.

¹⁵⁵ Los Años Protección Pareja fueron calculados de acuerdo a los métodos convencionales de la IPPF (13 ciclos de píldoras, 100 condones o 100 óvulos o tabletas vaginales).

¹⁵⁶ Vernon C. y Ojeda Castro, "Estrategias del sector privado de Distribución Comunitaria y Mercadeo Social en Colombia", 21.

que si los niveles de conocimiento o uso disminuían o si la demanda insatisfecha aumentaba, no se emplearía la estrategia para remplazar al PDCA en las áreas del proyecto, aun si probaba ser más efectivo.

La estrategia de Mercadeo Social fue la única que dejó una ganancia neta. Aun cuando el área cubierta por el vendedor se restringió a las zonas rurales y semi-urbanas, la estrategia de Mercadeo Social logró una ganancia neta de US \$0.20 por APP mientras que en Cundinamarca se tuvo un costo de US \$4.20 por APP. De acuerdo con los informes, las cifras muestran que el motivo principal de esta discrepancia está en los costos de operación de cada estrategia, más que sus ingresos. Mientras que dos años se gastaron US \$ 16.225 para atender a Santander con el programa de Mercadeo Social, los gastos en Cundinamarca durante el mismo periodo fueron de US \$69.004 principalmente debido a costos de personal. Debe tomarse en cuenta también la gran proporción de ventas de Santander que se hicieron en Bucaramanga, 80% de los APP vendidos, porque tiene implicaciones en el análisis¹⁵⁷.

Además, se resalta que mientras duró el proyecto se observó una tendencia negativa de ventas en el experimento de Mercadeo Social, mientras que en la de distribución comunitaria se experimentó una tendencia positiva a través del tiempo¹⁵⁸.

Así, según las encuestas en Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el uso de métodos en las áreas, permaneció virtualmente igual pero la necesidad insatisfecha disminuyó alrededor de 18% en el área de Mercadeo Social, lo que era un poco menos de lo que descendió en Cundinamarca el 23%. La suspensión del sistema de Mercadeo Social en Santander no significó un trasferecia mayor del sector privado al público por lo que en Cundinamarca hubo un importante aumento en la proporción atendida por las droguerías y una disminución en las personas que iban a Profamilia y a los puestos del Ministerio de Salud para abastecerse de anticonceptivos. De esta forma, el aumento en las ventas del PDCA parece haberse logrado a través de las droguerías pequeñas por las instructoras. Así, para los miembros de Profamilia, esto muestra que una vez que se han logrado a niveles altos de uso y conocimiento de anticoncepción, los programas de

¹⁵⁷ *Ibíd.*, 68.

¹⁵⁸ *Ibíd.*, 23.

Mercadeo Social podrían reemplazar con éxito a los de distribución comunitaria sin que haya una disminución de estos factores¹⁵⁹.

Con base en estas evidencias, los autores de los informes aseguran que, una vez que se habían adoptado las prácticas comerciales, Profamilia se volvió susceptible a factores económicos y políticos como congelamiento de precios y tasas de cambios. Afirmaron que “las compañías farmacéuticas tratarían de sacar a las organizaciones de planificación familiar para aumentar sus ganancias. Pero es poco probable que las compañías sacrifiquen sus ganancias para llevar anticonceptivos a áreas remotas”¹⁶⁰. Además, sostienen que estos cambios y presiones ignoran que las promotoras y vendedoras de los programas comunitarios eran fundamentales para que se pudiera acceder a los métodos. Esto porque estos contribuían a dar logros sociales legítimos de las agencias de planificación familiar como dar atención de mejor calidad por medio de la capacitación de prestadores de servicios, aumentar la información y las posibilidades de elección de los consumidores y prestar más posibilidad de elección.

Es por esto que Profamilia, en tanto agencia de planificación familiar, se propuso tener una estabilidad y nivel de costo efectividad compatible con la labor social que venía desarrollando. Entonces, se debían mantener a sus trabajadores de campo y una red cautiva de puestos de distribución, aumentando las áreas y el número de puestos atendidos por cada instructora abasteciendo las pequeñas droguerías rurales y las grandes urbanas y reduciendo sustancialmente el tiempo dedicado a las actividades de información, educación y comunicación. Así, la propuesta era que Profamilia podría ser visto como un cliente por los productores comerciales. Esta transición o punto de equilibrio que era buscado por Profamilia se percibe en los cambios descritos entre el Mercadeo Social, el Mercadeo Comunitario y el PDCA. Así, lo reconoce Rocío Murad al hablar de su participación en un proyecto de salud básica en regiones rurales a finales de la década de los ochenta:

“Luego trabajé en otro proyecto en que se estaba midiendo cuál estrategia ganaba si la distribución comunitaria o el mercadeo y

¹⁵⁹ *Ibíd.*, 68–71.

¹⁶⁰ *Ibíd.*, 26.

todavía estaban los puestos con la banderita verde. Esto se retomó mucho en un proyecto de salud básica familiar en todos los municipios del Magdalena Medio desde Caparrapí hasta Bocas de Ceniza, eran municipios muy pobres en los que se trabajaba todo lo de planificación pero también salud básica familiar por lo que se les decía cómo hervir el agua, a bañarse las manos después de ir al baño, a levantar el fogón y ponerlo encima y a preparar comida nutritiva, información sobre los esquemas de vacunación, a preparar suero oral, a usar mosquiteros, además de todas las temáticas de lo que ahora es la salud sexual y reproductiva. Las asesoras se iban a estos lugares, ellas tenían un puesto de distribución comunitaria y abastecía métodos pero ella se seguía apoyando en lo que es la red local de los puestos de la banderita y así ella se aseguraba que en los lugares de difícil acceso las tiendas estuvieran surtidas con las píldoras y continuamente hacía visitas domiciliarias y todos los talleres y capacitaba las señoras que en una semana se graduaban como agentes de Profamilia [...] Y todavía se mantenía en pie los programa de distribución comunitaria y si uno miraba el mapa estaba todo lleno de banderitas menos la Orinoquía en ese montos habían más de 40 centros de Profamilia. Había al mismo tiempo un programa de distribución y uno de mercadeo este se enfocaba en las grandes cadenas con los droguistas y se estaba mirando si era mejor fortalecer”¹⁶¹.

Dicha transición es explicada por Catalina Hernández como un cambio de paradigma que se da entre las décadas del ochenta y del noventa. Esta autora describe el cambio como el reajuste estructural de la estrategia para los países en desarrollo del Banco Mundial y el FMI sobre todo en la reducción del campo del Estado y por lo tanto, cerrar espacio a las discusiones de fecundidad en el desarrollo. Así, hay un enfoque del desarrollo en el que las condiciones satisfactorias subjetivas para las personas y las condiciones materiales para su realización son igual de importantes. De esta forma, el desarrollo ya no es definido por el crecimiento económico, sino más bien por variables como la sostenibilidad ambiental, la defensa de los derechos humanos, la esperanza de vida y la alfabetización. En este contexto, los Estados defienden el problema de población y la fecundidad desde el marco de los derechos. Desde este enfoque el control de la natalidad en función del crecimiento económico y relación del círculo de la pobreza pasa a definirse en relación a la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos y la Salud Sexual y Reproductiva. Este tipo de decisiones se soportan desde 1960 por el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales. Esto se materializa en los diferentes congresos y conferencias que modifican el problema de fecundidad: “el acento a la fecundidad como problema toma distancia de su carácter de derechos de decidir sobre el cuerpo y se desplaza hacia la ciudadanía”¹⁶².

¹⁶¹ Murad, Entrevista a Rocío Murad, estadista miembro del equipo de Profamilia.

¹⁶² Hernández Cabal, “Entre hechos, paradigmas y política: la fecundidad en la agenda de gobierno colombiana entre 1960 y 2010”, 28.

Es de esta forma como Profamilia pasa a ser un agente que “promueve y defiende el derecho humano a la planificación familiar”¹⁶³ por medio de la adaptación de sus diferentes programas. Es decir, en esta década su objetivo pasó de disminuir la fecundidad y así contribuir a la explosión demográfica a contribuir a la configuración de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Este cambio le implicó hacer un ajuste en la red de configuró el Programa, para adaptarse a cambios como la inminente falta de financiación y los problemas con la regulación de precios impuestos por el Ministerio de Salud. Dichos cambios estuvieron marcados y apoyados por los diferentes estudios, encuestas y realización de informes, que son muestra de las contingencias y las diferentes negociaciones y ajustes que fueron necesarios para la continuación del PDCA y en general de la instrucción.

3. Campaña Radiofónica y encuestas de uso de condones en Cali: cambio de las problemáticas hacia los hombres y el SIDA.

Entre octubre de 1984 y marzo de 1985 se transmitieron cinco diferentes cuñas radiofónicas de Profamilia, estas fueron transmitidas por siete emisoras de radio con una frecuencia de 10 cuñas por día durante cinco meses. Todas eran de tipo conversación, una se llevaba a cabo en una droguería, otra en una clínica, otra en una fábrica, otra entre amigos hombres y otra entre una pareja. La primera, es una conversación entre el vendedor de la droguería y Juan, quien compra unos condones “porque lo que uno va logrando en la vida hay que cuidarlo, por eso soy precavido”. La segunda es más directa porque se refieren al condón como el método para los hombres:

“LOCUTOR 1: doctor, existe algún método practico y seguro para que el hombre pueda amar responsablemente?

Locutor 2: sí, claro! El condón o preservativo, además de práctico y seguro es económico y fácil de usar. Yo siempre se lo recomiendo a hombre como usted, que aman con responsabilidad y saben lo que hacen.

Locutor 3: Condón o preservativo. (Institucional) pídale como quiera con toda confianza en cualquier droguería o Profamilia, Porque amar con

¹⁶³ Profamilia, “Informe de gestión 1988”, 1988, Centro de documentación Profamilia.

responsabilidad es también de hombres. ES UN MENSAJE DE PROFAMILIA”¹⁶⁴.

A diferencia de las primeras cuñas radiales de finales de la década del sesenta, estas se enfocaban en promocionar de forma explícita el condón como método anticonceptivo, pero enfocado hacia la responsabilidad que también tienen los hombres ya no solo en planificar una familia sino en el amor o en las relaciones de pareja. Por ejemplo, en otra de las cuñas, aparecía el siguiente diálogo:

“Mujer: Sabes, Juan me gusta cómo eres... porque ayer hablaba con una amiga y me contaba lo difícil para ella llevar toda la responsabilidad en el hogar y hasta en el amor

Hombre: quién creyera que todavía hay hombres que piensan que la responsabilidad es cosa de mujeres.

Mujer: y especialmente en el amor donde todo se comparte.
Hombre: por eso decidí usar condón. Qué mejor manera para demostrar cuánto te quiero.”¹⁶⁵

Luego de presentarse estas cuñas, se realizó una encuesta con una muestra entre hombres de 15 a 60 años residentes en la ciudad de Cali. Los resultados arrojaron que la campaña radiofónica llegó aproximadamente el 53% de los hombres, quienes recordaban haber oído los anuncios radiofónicos lo que indica una recordación a largo plazo significativa. Además, de los hombres que recordaban las cuñas en 1987 aproximadamente la mitad dijeron que podrían recodar su contenido, mieras que en 1985 el 60% dijeron recordarlo. Un resultado sorprendente fue el aumento en el reconocimiento de los materiales promocionales impresos como posters, calcomanías, folletos y móviles.¹⁶⁶

Además de estudiarlos efectos de la campaña radiofónica, también se exploró sobre el conocimiento y uso de condones y las marcas de condones y así como las referencias y la satisfacción. El 77% de los encuestados dijeron conocer y saber usar los condones. Y el 86% pudieron dar una explicación satisfactoria sobre el procedimiento. El conocimiento del uso del condón se relaciona negativamente con la edad, lo que indica que las campañas de Profamilia no se concentraban en la población joven. Ventajas que se percibieron fueron la seguridad al usar el método 41.6%, que son profilácticos 33%, que son prácticos 13.3%, que no tienen efectos colaterales dañinos 14.3%. Las desventajas fueron que son incómodos 25.6%, que tiene efectos

¹⁶⁴ Vernon C. y Ojeda Castro, “Estrategias del sector privado de Distribución Comunitaria y Mercadeo Social en Colombia”, Anexo 14.

¹⁶⁵ *Ibíd.*, Anexo 14.

¹⁶⁶ *Ibíd.*, 45.

psicológicos negativos 20% y que son inseguros como anticonceptivos, según recogió la encuesta. Los resultados de estas encuestas muestran la relación con las enfermedades de Transmisión Sexual y las diferentes razones para usar los preservativos, así lo explican los autores de uno de los informes:

“Tahiti la marca más conocida, y que eran resistentes, lubricados y suave [...] Razones para usarlo: por ser anticonceptivo y por razones profilácticas, posiblemente como consecuencia del miedo al SIDA. Razones adicionales que identificaron de desventaja fue que eran incómodos, que eliminan la posibilidad de la eyaculación directa. Problemas con el condón: 15.7 dijeron haber tenido problemas y en el 69.9% fue que el condón se había roto”¹⁶⁷.

Estos resultados, para los funcionarios del *Population Council* y Profamilia, indicaban que las organizaciones debían llevar a cabo campañas de publicidad de marcas específicas más que campañas genéricas que son requeridas cuando se usan fondos de USAID debido a las regulaciones existentes. La razón de esto es que para las organizaciones de planificación familiar era difícil expandir y mantener su participación en el mercado de condones sin que se estimulara la fidelidad de marca entre sus usuarios. Por otra parte, esta publicidad debería orientarse a los hombres de edad mediana y a los mayores, debido a que son menos informados sobre la mayoría de los aspectos del uso del condón. Las campañas deberían emplear la resistencia y la lubricación como atractivos para la venta, junto con otros atributos de las marcas de Profamilia como características más importantes. Además del mensaje de responsabilidad que Profamilia empleó con éxito, otros mensajes posibles hubieran podido referirse al uso profiláctica de los condones, dado que este tipo de uso aumentó, especialmente por el muy difundido conocimiento del SIDA.

De esta forma, la incorporación de los condones como una forma de prevención del SIDA, además de ser un método anticonceptivo, está relacionada con el paradigma en el cual la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos se convierten en el objetivo de Profamilia y del Estado¹⁶⁸. Los estudios realizados sobre el SIDA han dejado ver que existe dos perspectivas o lugares comunes a la hora de comprender esta enfermedad: primero, la relación que se hizo entre la

¹⁶⁷ *Ibíd.*, 73.

¹⁶⁸ Para el Estado colombiano aunque sí hay una incorporación de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos se da desde comienzos de la década del ochenta en el gobierno de Belisario Betancourt no hay una acción clara. Ver: Hernández Cabal, “Entre hechos, paradigmas y política: la fecundidad en la agenda de gobierno colombiana entre 1960 y 2010”.

enfermedad y el hecho de ser homosexual y segundo, la asociación en simbólica entre el sida y sexualidad por la cual la castidad se convirtió en la estrategia de prevención y la división social y simbólica en dos grupos: las personas puras y las “contaminadas” que incluyen las personas susceptibles a serlo¹⁶⁹.

Ahora bien, en la configuración de los programas se ve que aunque Profamilia estudia y hace uso de los lugares comunes por ejemplo las campañas apelaban a la idea de una masculinidad reforzada, como lo afirma “Las personas altamente masculinas son activas, toman iniciativa, corren riesgos calculados, defienden sus posiciones, toman decisiones y tienen la capacidad o la conducta de liderazgo”¹⁷⁰. Esto se nota en las diferentes cuñas radiales porque en estas el incentivo de los hombres para planificar se basaba en que eran buenos hombres que tomaban decisiones razonables y correctas. Sin embargo, también hace una propuesta y promueve unos cambios notables. En primer lugar, su enfoque más amplio con los Derechos Sexuales y Reproductivos hizo que por primera vez se hiciera una encuesta dirigida hacia los hombres y al uso del condón y también las mujeres ya no se configuraban más como las únicas responsables de controlar la fecundidad. Y segundo, aunque realizaron estudios en los grupos de riesgo, como los homosexuales, decidieron llevar a cabo una estrategia masiva y se incorporó el material para la educación sobre la prevención del SIDA y de las ETS a las charlas cuando se contactaban los servicios de Profamilia¹⁷¹.

Finalmente, aunque según la entrevista realizada con Rocío Murad los puestos de distribución existieron hasta casi mediados de la década del noventa, se puede encontrar un punto de corte con el final de los ochenta porque el Programa de Distribución Comunitaria de Anticonceptivos pasó a ser reemplazado por otros proyectos como el de Farma (dedicado a vender bajo marca propia anticonceptivos y pruebas de embarazo) y claramente, el de Mercadeo Comunitario. Los cambios y las transformaciones que tuvo el Programa a lo largo de los años pueden ser vistos como una muestra de la manera en que funcionó y se llevó a cabo la distribución de métodos en el país partiendo desde las situaciones y posturas concretas del Estado, la importancia de Profamilia como actor

¹⁶⁹ Jorge Márquez, *Ciencia, riesgos colectivos y prensa escrita. El caso del sida en Colombia* (Medellín, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas y Económicas, 2008), 153.

¹⁷⁰ María Rangúz, “Aportes de género a la Salud Sexual y Reproductiva”, *Revista de Psicología de la PUC XIII*, n° 1 (1995): 20.

¹⁷¹ Murad, Entrevista a Rocío Murad, estadista miembro del equipo de Profamilia; Profamilia, “Informe de gestión 1982”, 1983, Centro de documentación Profamilia.

central en las políticas de control de fecundidad, su alianza primero con la Federación de Cafeteros y luego con el *Population Council*, hasta la importancia de la implementación de herramientas estadísticas.

Conclusiones

A lo largo de esta monografía intenté hacer visible la forma como la planificación familiar se llevó a la práctica en Colombia por medio del Plan de Distribución Comunitaria de Anticonceptivos de Profamilia (1970-1989). La reconstrucción de la red y la identificación de los diferentes actores que se involucraron a lo largo del Programa, me permitieron sacar a la luz diferentes temáticas y problemáticas que sobrepasan la obviedad de la historia institucional de la trayectoria de este Programa. En primer lugar, como hacen un llamado los historiadores Alexis de Greiff y Mauricio Nieto, el estudio de las instituciones científicas o academias en el Sur es útil para comprender cómo se configuraron unos actores locales que utilizaron el discurso de la ciencia para el desarrollo y también para hacer visibles los “interesantes y complejo vínculos intelectuales, políticos, técnicos y económicos”¹⁷². En el caso de esta investigación, logré evidenciar, en el primer capítulo, la forma cómo Profamilia se logró configurar como un actor central en la planificación familiar en el país en medio de un contexto conflictivo. Y luego, cómo a partir de esta posición, creó un mecanismo, el PDCA, que respondió a sus intereses pero que al mismo tiempo se encajó con la realidad local. Es por esto que este caso puede ser un punto de partida para empezar a ver las relaciones e intercambios sobre políticas demográficas, y en general, la ciencia de forma más horizontal.

Ahora bien, lo interesante también es que los intercambios y las relaciones que se establecieron el Programa no solo fueron de Norte-Sur. La alianza de la Federación Nacional de Cafeteros con Profamilia es muestra de que es posible pensar en iniciativas locales que hablan sobre iniciativas que conjugaban estratégicamente la disminución de la población, el discurso del desarrollo y el interés de la economía cafetera. Pero al mismo tiempo, los mismos funcionarios de Profamilia se posicionaron como actores que realizaron alianzas en una posición privilegiada con las entidades estadounidenses. Por ejemplo, en 1973 el fundador de Profamilia, el doctor Fernando Tamayo es

¹⁷² Alexis de Greiff y Mauricio Nieto, “Lo que aún no sabemos sobre el intercambio tecnocientífico entre sur y norte: nortecentrismo, difusión científica y estudios sociales de la ciencia”, en *Saberes locales: ensayos sobre historia de la ciencia en América Latina*, ed. Frida Gorbarch y Carlos López Beltán (Zomora, Michoacán: Colegio de Michoacán, 2008), 55.

nombrado como presidente de la *Parent Parenthood Federation*¹⁷³, este hecho destaca que hubo un intercambio y un posicionamiento de los médicos y científicos colombianos en estas entidades estadounidenses y cómo también lo son los artículos publicados en las revistas científicas del *Population Council* escritos por Gonzalo Echeverry (director científico de Profamilia y del PDCA) y otros investigadores colombianos¹⁷⁴.

El segundo elemento que fue transversal en la investigación fue la importancia de las diferentes herramientas cualitativas (encuestas, estadísticas, experimentos) en el desarrollo del Programa y en general de la práctica de la distribución de métodos anticonceptivos. Estas herramientas se constituyeron como una de las principales fuentes y formas de conocer cómo se ejecutaban las ideas de los funcionarios, cuáles fueron sus preocupaciones, los problemas y cómo fue cambiando el Programa a lo largo del tiempo. También, como lo propone el historiador Theodore Porter, estas herramientas se constituyeron como la prueba de la objetividad de las acciones de la institución y la forma por la cual se conocieron los problemas (del aumento de la población, el concierto de métodos, la salud o nutrición) pero también como se crearon y se les planteó soluciones. Además, estas mostraron que en muchas ocasiones la preocupación por disminuir el crecimiento población pasaba por muchos más temas que la planificación familiar.

Así, puedo decir que la red de anticonceptivos que se tejió con el PDCA fue compleja, cambiante y estratégica porque se adecuaba a las diferentes preocupaciones y problemáticas propuestas. En un primer momento, cuando la alianza se estableció con la FNC las acciones del Programa se enlazaron con temas rurales, de producción cafetera y bienestar de las familias campesinas caficulturas. Luego, cuando se produce la unión con el *Population Council* la

¹⁷³ Traducción propia: “En la reunión en el cuerpo de gobierno en Londres, el 9 de Octubre, el Dr. Fernando Tamayo fue electo como presidente de *International Planned Parenthood Federation*. Él fue el primer latinoamericano en ser nombrado para este cargo. Fundador y Presidente de Profamilia, el Dr. Tamayo fue impulsor pionero de la planificación familiar en su propio país [...] Miembro de WHR, él es también miembro del Comité Ejecutivo regional. Bajo su liderazgo, Profamilia se ha desarrollado un vigoroso programa. *International Planned Parenthood Federation - Western Hemisphere, “IPPF/WHR. New Service. Division of information and education”* (1973), American Public Health Association. Family Plannig. Caja II, folio 1.

¹⁷⁴ Bailey, Jerald y Correa, “Evaluation of the Profamilia Rural Family Planning Program”; Echeverry, “Development of the Profamilia Rural Family Planning Program in colombia”.

acción de Profamilia se concentró más en incrementar el acceso y el conocimiento de los métodos anticonceptivos. Sin embargo, es notable que aunque en este periodo (1975-1980) el mensaje de planificación familiar se debía hacer más directo, se implementaron programas como la venta de antiparasitarios y antihelmínticos que demostraban aún la conexión y la preocupación de la institución colombiana por unir la acción de la planificación con aspectos cotidianos y que afectaban a las familias (en especial a las madres y los niños). También, la creación del Programa de Mercadeo Social, como argumenté, fue una forma en la que la red se reconfiguró y se adaptó para sostenerse luego del que se acabara el apoyo de las entidades filantrópicas estadounidenses. El último periodo en donde se transforma y se integra a la planificación familiar en la Salud Sexual y Reproductiva dando respuesta los cambios y al interés global de las Enfermedades de Transmisión Sexual, dicho cambio introduce el factor diferencial de que los hombres, por medio de las campañas exclusivas del uso del condón, se convirtieron en los objetivos directos de la planificación familiar.

Este aspecto me lleva pensar en unas posibilidades de investigación que quedan abiertas no solo en relación al PDCA en específico, sino a todos los estudios e investigaciones históricas sobre la planificación familiar y el control de población. Primero, y aunque intenté hacer una reflexión en torno a los roles de género en las transformaciones del Programa, creo que es necesario hacer un análisis más profundo en el cual se tienda un puente entre las preguntas de la historia de la ciencia y el uso de la categoría de género. Así como sostiene Teresa Ortiz Gómez, hay que preguntarse sobre los conocimientos que se tenían sobre salud, sobre los científicos, o los conocimientos que circulaban en una época, y el contexto, quiénes y cómo los habían elaborado. Es decir, analizar los conocimientos sobre salud, cuerpo, naturaleza y mujer, ya que es preciso tener en cuenta el papel que juegan las relaciones jerárquicas entre los sexos, estudiar de qué manera esto se proyecta en la construcción del conocimiento mediante el uso de metáforas, valores y símbolos¹⁷⁵.

Así mismo, creo que hace falta analizar más a fondo el papel de los diferentes actores que se involucran en la planificación familiar como los médicos, las enfermeras y otros más particulares como las instructoras o distribuidoras. Y con esto, interrogarse sobre qué relaciones de poder o jerárquicas se dan entre hombres y mujeres dentro de

¹⁷⁵ Teresa Ortiz Gómez, *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista* (Oviedo: KRK ediciones, 2006), 50.

una profesión (elementos de conflictos, pactos, rupturas, continuidad, transformación de las redes), como también incluir las representaciones y los discursos de las personas no expertas no usuarias de sistemas de salud, atendiendo al papel de los valores y metáforas de género utilizadas¹⁷⁶.

¹⁷⁶ *Ibíd.*, 51–52.

Referencias

Fuentes Primarias

- AID. "First year narrative progress report. September 30, 1980- September 29, 1981", 1981. Centro de documentación Profamilia.
- . "SECOND YEAR PROGRESS REPORT October 1, 1981 to November 30, 1982", 1982. Centro de documentación Profamilia.
- Bailey, Jerald, y Juan Correa. "Evaluation of the Profamilia Rural Family Planning Program". *Studies in Family Planning* 6, no 6 (1975): 148–55.
- Baley, Jerald. "An Evaluative Look at Family Planning Radio Campaing in Latin America". 10 4, no *Studies in Family Planning* (1973): 275–78.
- Bucheli, Lily de. "Programa Comunitario Experimental", 1983. Centro de documentación Profamilia.
- Consejo de Estado, y Sala de lo Contencioso Administrativo. "Sección Primera E. No. N311.", 19 de enero de 1988.
- Consejo de Población. "REGULATIONS FOR INCENTIVE SYSTEM AND AUTORIZED COSTRACEPTIVE COSTS FOR BOGOTA, BARRANCAMERMEJA, GIRARDOT AND VILLAVICENCIO.", 1983. Centro de documentación Profamilia.
- Corporación Centro Regional de Población, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, y Instituto Internacional de Estadística. "Encuesta Nacional de Fecundidad Colombia 1976". DANE, septiembre de 1977. Caja 1, 181. Biblioteca DANE.
- Echeverry, Gonzalo. *Contra viento y marea: 25 años de planificación familiar en Colombia*. Bogotá: Profamilia; Asociación Colombiana para el Estudio de la Pob, 1991.
- . "Delopment of the Profamilia Rural Family Planning Program in Colombia". *Studies in Family Planning* 6, no 6 (1975): 142–47.
- . "Development of the Profamilia Rural Family Planning Program in colombia". *Studies in Family Planning* 6, no 6 (1975): 142–47.
- Foreit, JR, ME Gorosh, y CG Merrit. "Distribución de anticonceptivos por medios comerciales y basada en la comunidad: inventario y evaluacion." *Population Reports, Family Planning Programs*, 19 (marzo de 1978): 1–29.
- Galvis Ramírez, Silvia. *Se hace el camino al andar: la otra historia de la planificación familiar*. Bogotá: Impreandes-Presencia, 1995.
- International Planned Parenthood Federation - Western Hemisphere. "IPPF/WHR. New Service. Division of information and education". Atlanta, 1973. American Public Health Association. *Family Plannig*. Caja II, folio 1.
- Murad, Rocío. Entrevista a Rocío Murad, estadista miembro del equipo de Profamilia. Entrevistado por Ana María Jiménez Daza, 27 de marzo de 2017.
- Ojeda Castro, Gabriel, y John W Townsend. "INFORME NARRATIVO FINAL DISTRIBUCION COMUNITARIA DE ANTICONCEPTIVOS EN AREAS RURALES", 1985. Centro de documentación Profamilia.
- Ojeda Castro, Gabriel, y Marcia C. Townsend. "Estudio de fecundidad y anticoncepción en tres áreas rurales colombianas.", 1980. Centro de documentación Profamilia.
- Profamilia. "Informe de gestión 1971", 1971. Centro de documentación Profamilia.
- . "Informe de gestión 1974", 1974. Centro de documentación Profamilia.

- . “Informe de gestión 1975”, 1975. Centro de documentación Profamilia.
- . “Informe de gestión 1978”, 1978. Centro de documentación Profamilia.
- . “Informe de gestión 1979”, 1979. Centro de documentación Profamilia.
- . “Informe de gestión 1981”, 1981. Centro de documentación Profamilia.
- . “Informe de gestión 1982”, 1983. Centro de documentación Profamilia.
- . “Informe de gestión 1988”, 1988. Centro de documentación Profamilia.
- . “Informe de gestión 1985”, 1985. Centro de documentación Profamilia.
- Profamilia, y Consejo de Población. “DISTRIBUCIÓN COMUNITARIA DE ANTICONCEPTIVOS EN LA COSTA ATLÁNTICA DE COLOMBIA (DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ÁREAS RURALES): TERCERA FASE 1o. DE OCTUBRE, 11982-29 DE FEBRERO, 1984.”, 1984. Centro de documentación Profamilia.
- Simmons, Alan B. “Information Campaign and the Growth of Family Planning in Colombia”. En *Clinics, Contraception, and Communication: Evaluation Studies of Family Planning Programs in Four Latin American Countries ACC population and demography series*, de Mayone Stycos. Ardent Media, 1973.
- Simmons, Alan B, y Ramiro Cardona. *Family Planning in Colombia. Changes in Attitude and Acceptance, 1964-1969*. Ottawa, Canadá: International Development Research Centre, 1973.
- Townsend, Marcia C., y Gabriel Ojeda Castro. “Cambios en la prevalencia de uso anticonceptivo y conocimiento en tres zonas rurales de distribución comunitaria de Profamilia en Colombia: Implicaciones políticas”, 1982. 2.2. Centro de documentación Profamilia.
- Vernon C., Ricardo, y Ricardo Ojeda Castro. “Estrategias del sector privado de Distribución Comunitaria y Mercadeo Social en Colombia”, julio de 1988. 4.2. Centro de documentación Profamilia.

Literatura

- Anaut-Bravo, Sagrario. “Historia oral y medicina. Memoria histórica de los médicos navarros”, *Vasconia*, nº 38 (2007): 967–96.
- Arturo Escobar. *La Invención del tercer mundo. Construcción y deconstrucción del desarrollo*. Bogotá: Editorial Norma, 1998.
- Cortes, Carmen Julia. “Evaluación del programa de atención materno infantil del sistema nacional de salud”. Universidad Externado de Colombia, Facultad de trabajo social, 1978.
- Daguer, Carlos, y Marcelo Riccardi. *Al derecho y al revés. La revolución de los derechos sexuales y reproductivos en Colombia*. Bogotá: Profamilia, 2005.
- Echeverry, Gonzalo. *Contra viento y marea: 25 años de planificación familiar en Colombia*. Bogotá: Profamilia; Asociación Colombiana para el Estudio de la Pob, 1991.
- Fajardo Hernández, María Margarita. “La comunidad médica, el ‘problema de población’ y la investigación sociodemográfica en Colombia 1965-1970”. *Historia Crítica*, nº 33 (junio de 2007): 210–325.
- Felitti, Karina. “La “explosión demográfica y la planificación familiar a debate: Instituciones, discusiones y propuestas del centro y la periferia.” *Revista Escuela de Historia* 1, nº 7 (junio de 2010): 1–20.

- . “La Iglesia Católica y el control de la natalidad en tiempos del Concilio 15. la recepción de la encíclica ‘Humanae vitae’ (1968) en Argentina.” *Anuario IEHS: Instituto de Estudios Histórico Sociales*, n° 22 (2007): 349–72.
- . “La política demográfica del tercer gobierno peronista Justificaciones, repercusiones y resistencias a las restricciones al control de la natalidad (1973-1976)”. *Trabajo y comunicaciones*, n° 30–31 (2005 de 2004): 288–307.
- Greiff, Alexis de, y Mauricio Nieto. “Lo que aún no sabemos sobre el intercambio tecnocientífico entre sur y norte: nortecentrismo, difusión científica y estudios sociales de la ciencia”. En *Saberes locales: ensayos sobre historia de la ciencia en América Latina*, editado por Frida Gorbarch y Carlos López Beltán, 41–70. Zomora, Michoacán: Colegio de Michoacán, 2008.
- Hernández Cabal, Catalina. “Entre hechos, paradigmas y política: la fecundidad en la agenda de gobierno colombiana entre 1960 y 2010”. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales, Carrera de Ciencia Política, 2010.
- Igaciuk, Agata. “Anticoncepción y aborto: una propuesta de análisis desde los estudios de género”. *Eä (Buenos Aires)* 1, n° 2 (2009): 1–25.
- Janowitz, Barbara, Deborah Covington, Margarita Suazo, y Malcolm Potts. “Conocimientos y prácticas de las distribuidoras comunitarias de anticonceptivos en Honduras”. *Bol Of Saint Panam* 101, n° 1 (1986): 48–57.
- Latour, Bruno. *Reensablar lo social: Una Introducción a la teoría del actor-red*. Buenos Aires: Manantial, 2008.
- Marina Violeta Estrada, y Rosa María Godoy. “Género y políticas de salud de la mujer en América Latina: caso Perú”. *Rev. Esc. Enf. USP* 30, n° 2 (s. f.): 204–14.
- Márquez, Jorge. *Ciencia, riesgos colectivos y prensa escrita. El caso del sida en Colombia*. Medellín, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas y Económicas, 2008.
- Medina, Ana María. “Los discursos sobre la planificación familiar y el control natal en Colombia, 1964-1969.” Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Doctorado Interfacultades de Salud Pública, 2008.
- Muñoz Molina, Yaromir. *Mercadeo Social en Colombia*. Primera. Medellín, Colombia: Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2001.
- Necochea López, Raúl. “Diecinueve parroquias: planificación familiar católica en el Perú, 1967-1976”. En *El rastro de la salud en el Perú*, editado por Marcos Cueto, Jorge Lossio, y Carol Pasco. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2009.
- . “La Asociación Peruana de Protección Familiar y los inicios de la anticoncepción en el Perú (1967-1975)”. *Histórica* 33, n° 1 (2009): 87–130.
- Ortiz Gómez, Teresa. *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*. Oviedo: KRK ediciones, 2006.
- Palacios, Marco. *El café en Colombia 1850-1970. Una historia económica, social y política*. Tercera. Bogotá: Editorial Planeta Colombiana, 2002.
- Peñaloza Pacheco, Bertha Cecilia, Cindy Carolina Prieto García, y Ingrid Julieth Rodríguez Velásquez. “Mercadeo en Salud”. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Departamneto de Salud Pública, 2012.
- Ramírez Bacca, Renzo. *Historia laboral de una hacienda cafetera. La Aurora, 1882 – 1982*. Bogotá: La carreta Histórica, 2008.

- Rangúz, María. “Aportes de género a la Salud Sexual y Reproductiva”. *Revista de Psicología de la PUC XIII*, nº 1 (1995): 17–35.
- Rodríguez, Lina María. “Mujeres cafeteras y los cambios de su rol tradicional”. *Sociedad y Economía*, nº 24 (2013): 41–94.
- Singleton, Vicky, y Micke Michael. “Actor-Networks and ambivalence: General Practitioners in the UK Cervical Screening Programme”. *Social Studies Of Science* 23, nº 2 (mayo de 1993): 227–164.
- Soto Laveaga, Gabriela. *Jungle laboratories : Mexican peasants, national projects, and the making of the Pill*. Durham, Carolina del Norte, Estados Unidos: Duke University Press, 2009.
- Torres Bryon, Andrés David. “Colombia: La iglesia Católica y el control de la natalidad”. Universidad del Valle, Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, Programa Académico de Sociología, 2013.
- Valadez Figueroa, Isabel, Martha Villaseñor Fariás, y Noé Alfaro Alfaro. “Educación para la Salud: la importancia del concepto”. *Revista de Educación y Desarrollo* 1 (marzo de 2004): 43–48.
- Zárate Campos, María Soledad. *Por la salud del cuerpo: Historia y políticas sanitarias en Chile*. Universidad Alberto Hurtado. Santiago de Chile: 2008, s. f.
- Zárate Campos, María Soledad, y Maricela González Moya. “Planificación familiar en la Guerra Fría chilena: política sanitaria y cooperación”. *Historia Crítica*, nº 55 (marzo de 2015): 207–30.