

Planificación Familiar en
Colombia

Logros de
50 Años

JULIO 2015

Jane T. Bertrand, PhD, MBA
Roberto Santiso-Gálvez, MD
Victoria M. Ward, PhD



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Planificación Familiar en Colombia

Logros de 50 Años

Jane T. Bertrand, PhD, MBA

Roberto Santiso-Gálvez, MD

Victoria M. Ward, PhD



MEASURE Evaluation está financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo Acuerdo de Cooperación AID-OAA-L-14-00004 e implementado por el Centro de Población Carolina de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill en asociación con Futures Group, ICF International; John Snow, Inc.; Management Sciences for Health y la Universidad de Tulane. Las opiniones expresadas en esta publicación no necesariamente reflejan el punto de vista de USAID ni del Gobierno de los Estados Unidos.



Prefacio

Esta publicación constituye uno de los ocho estudios de caso que se desarrollaron en el marco de un análisis más amplio denominado “Planificación Familiar en América Latina y el Caribe: Logros de 50 Años.” Como su título indica, el informe principal documenta y analiza los logros en toda la región desde que comenzó el financiamiento de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) a inicios de la década de los años sesenta. El lector de este estudio de caso puede acceder al Resumen Ejecutivo o al informe principal ingresando en:

<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/tr-15-101>

Agradecimientos

Los autores agradecen a las personas que contribuyeron con una perspectiva histórica de gran valor para este estudio de caso: Gabriela Castellanos Llanos, Amanda Giraldo, Gabriel Ojeda, Diego Palacios, Vilma Penagos, Martín Alonso Pineda, María Isabel Plata y Santiago Plata. También agradecen a María Isabel Plata, Nora Quesada, Catalina Rueda, Liliana Schmitz y Marlene Vera el haber revisado una versión previa del documento. Marlene Vera brindó apoyo logístico para la realización de las entrevistas en Colombia. Roberto Santiso-Gálvez y María Cristina Rosales tradujeron el estudio de caso al español.

Queremos expresar un reconocimiento especial a tres personas que dedicaron enorme cantidad de tiempo y energía a este estudio de caso y al informe principal: Kime McClintock y Jerry Parks (principales asistentes de investigación en la Escuela de Salud Pública y Medicina Tropical de la Universidad de Tulane), y María Cristina Rosales (asistente editorial en Guatemala). Su dedicación para documentar antecedentes, comprobar hechos, verificar referencias y editar los textos enriquecieron en gran medida la calidad del producto final. También agradecemos a Nicole Carter, Alejandra Leyton y Maayan Jaffe su contribución como asistentes de investigación en secciones específicas del informe principal y/o de los estudios de caso. Mirella Augusto y María Carolina Herdoiza contribuyeron a este esfuerzo con valioso apoyo logístico y administrativo. Agradecemos a Erin Luben, Elizabeth T. Robinson y Nash Herndon en la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill por su asistencia editorial, y a Denise Todloski por el diseño de la portada.

La Oficina para América Latina y el Caribe de USAID (USAID/LAC) encomendó este trabajo y dio directrices técnicas constructivas para su desarrollo. Queremos agradecer a Kimberly Cole su hábil manejo del proceso y su detallada síntesis de los comentarios de las personas que revisaron este estudio de caso. Otras personas de USAID/LAC que revisaron este estudio de caso fueron Maggie Farrell, Lindsay Stewart, Verónica Valdivieso, Mary Vandembroucke y Natalia Machuca. Por último, los autores agradecen a un grupo de especialistas sobre América Latina y el Caribe, internos y externos a USAID, que revisaron parcial o totalmente los textos, a quienes se les da el reconocimiento correspondiente en el informe principal.

Citas sugeridas:

Bertrand JT, Ward VM, Santiso-Gálvez R. *Family Planning in Latin America and the Caribbean: The Achievements of 50 Years*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation; 2015.

Bertrand JT, Santiso-Gálvez R, Ward VM. *Planificación Familiar en Colombia. Logros de 50 Años*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation; 2015.

Tabla de Contenido

Prefacio.....	2
Agradecimientos	2
VISIÓN GENERAL DE LA SITUACIÓN DEL PAÍS.....	4
LOS AÑOS INICIALES (1965-1980).....	7
CONSOLIDACIÓN DEL PROGRAMA (1981-2000).....	12
POST-CONSOLIDACIÓN (2001-AL PRESENTE)	16
POLÍTICAS QUE AFECTAN LA PF EN COLOMBIA.....	18
PF Y EL SISTEMA DE SALUD	20
Entrega de Servicios	20
Recursos Humanos para PF.....	20
Sistemas de Información (ENDS, Sistema de Información Rutinaria en Salud y Otros)	21
Insumos	22
Financiamiento.....	22
MIRANDO AL FUTURO	24
Retos.....	24
Fortalezas	24

VISIÓN GENERAL DE LA SITUACIÓN DEL PAÍS

Colombia es el tercer país más poblado de América Latina (47 millones de habitantes) y uno de los más urbanizados (76 por ciento vive en áreas urbanas). La población está compuesta por mestizos (una mezcla de europeo y amerindio, 49 por ciento), blanco/europeo (37 por ciento), afro-colombiano (11 por ciento), y amerindio (3 por ciento).¹ La gran mayoría de colombianos (80 a 90 por ciento, dependiendo de la fuente) se definen a sí mismos como católicos romanos.

Aunque los medios internacionales han tendido a resaltar la turbulencia causada por el conflicto armado y el tráfico de drogas durante los últimos 40 años, la situación política se ha estabilizado considerablemente durante la última década. Además, Colombia ha logrado mejoras constantes en el nivel de vida de su población, lo cual se refleja en aumentos apreciables en los indicadores económicos, de salud y educación. Existe una correlación positiva entre estos indicadores y el incremento en el uso de planificación familiar (PF). El producto interno bruto (PIB) per cápita (en dólares constantes de 2005) aumentó de US\$1.818 en 1970 a US\$4.252 en 2012, aunque la desigualdad en el ingreso económico continúa siendo un asunto importante en este país. En la misma medida en que ha aumentado el porcentaje de mujeres con escuela primaria completa, de 38 por ciento en 1970 a 100 por ciento en 2012, así también se ha incrementado la tasa de prevalencia anticonceptiva (TPA). Colombia representa un ejemplo clásico de lo que generalmente se conoce como “compensación cantidad/calidad”, en la cual las normas sociales y la decisión personal han acabado favoreciendo las familias menos numerosas con la esperanza de ofrecer un mejor futuro a los hijos.^{2,3} La rápida urbanización dentro de este “país de ciudades” también ha favorecido la preferencia por familias más pequeñas.

Colombia ha servido de modelo a otros países de la región de América Latina y el Caribe (ALC) desde mediados de los años 1960. Las cifras del Cuadro 1 muestran el progreso constante en el uso de la planificación familiar durante las últimas cuatro décadas. En 1969, la tasa de prevalencia anticonceptiva (para todos los métodos) entre mujeres casadas o unidas de 15-49 años de edad se estimaba en menos de 20 por ciento. Desde entonces ha aumentado de manera gradual hasta llegar a 79 por ciento (en 2010), lo cual representa una de las tasas más altas de la región, después de Costa Rica (82 por ciento en 2010) y Brasil (80 por ciento en 2006), e igual a Paraguay (79 por ciento en 2008).⁴ De igual manera, el porcentaje de mujeres casadas o unidas que usan métodos anticonceptivos modernos (73 por ciento para 2010) también se encuentra entre los más altos de la región de ALC.

El incremento constante de la TPA ha venido acompañado de: (1) un descenso similar de la necesidad insatisfecha, que alcanzó un bajo 8.0 por ciento en 2010: 3.6 por ciento para espaciar y 4.4 por ciento para limitar; y (2) una reducción de la tasa global de fecundidad (TGF), de un

¹ Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (National Bureau of Statistics). *National Census: Socio-demographic Information on Colombian Families*. Bogotá, Colombia: DANE; 2014.

² Becker G. An economic analysis of fertility. In: Becker GS, ed. *Demographic and Economic Change in Developed Countries*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1960: 135-187.

³ Becker G, Lewis H. On the interaction between the quantity and quality of children. *J Polit Econ*. 1973. 81(2):S279-S288.

⁴ Rizo A, Roper L. 1986. The role of sterilization in Colombia's family planning program: a national debate. *Intern Fam Plann Perspect*. 1986. 12(2):44-48.

estimado de 7.0 hijos por mujer en 1960-65 a 2.1 hijos por mujer en 2010 (nivel de fecundidad de reemplazo). La TGF para las mujeres que viven en áreas rurales ha disminuido notablemente desde 2005, de 3.4 a 2.8. El descenso fue insignificante en las áreas urbanas que ya reportaban niveles de fecundidad de reemplazo (2.1 a 2.0).

Cuadro 1: Tendencias en la fecundidad, uso de anticonceptivos y necesidad insatisfecha entre mujeres casadas/unidas, de 15-49 años de edad, 1986-2010

	1986	1990	1995	2000	2005	2010
Tasa Global de Fecundidad (TGF)	3.6	2.8	3.0	2.6	2.4	2.1
Tasa de Prevalencia Anticonceptiva (TPA) (%)	64.8	66.1	72.2	76.9	78.2	79.1
TPA con Métodos Modernos (%)	52.4	54.6	59.3	64.0	68.2	72.9
Necesidad Insatisfecha (%)	n/a	13.7	11.4	10.0	8.6	8.0

Fuente: Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud (EPDS) (1986, 1990);⁵ Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) (1995, 2000, 2005, 2010)⁶ obtenidos de la encuesta DHS vía Statcompiler.

A pesar que la tasa de fecundidad entre mujeres en edad reproductiva ha disminuido, la fecundidad entre adolescentes de 15-19 años es relativamente alta (84/1000). Únicamente tres países en América Latina tienen tasas más altas (Nicaragua, Guatemala y Guyana). De acuerdo a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS-2010), 19.5 por ciento de las adolescentes (entre 15-19 años de edad) ya eran madres o habían estado embarazadas de su primer hijo. Entre las adolescentes, el inicio de las relaciones sexuales ocurre con frecuencia a edad temprana y sin protección, lo que pone a estas jóvenes en riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH-SIDA, y de embarazos tempranos, antes de concluir su desarrollo físico o su educación. Las consecuencias económicas, sociales y de salud para estas jóvenes mujeres, sus hijos, sus familias y la sociedad, son serias. Varias de las ONG importantes (p. ej., Profamilia, Fundación Bien Familia, Compañeros de las Américas) tienen programas diseñados para llegar a los adolescentes, y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA por sus siglas en inglés) ha dado importante apoyo para prevenir el embarazo en adolescentes. Sin embargo, este continúa siendo un importante problema social y de salud pública en Colombia.

⁵ Asociación Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia. *Encuesta de Prevalencia, Colombia. Demografía y Salud 1990*. Calverton, MD: Institute for Resource Development, Macro International Inc.; 1991. Retrieved from: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR9/FR9.pdf>.

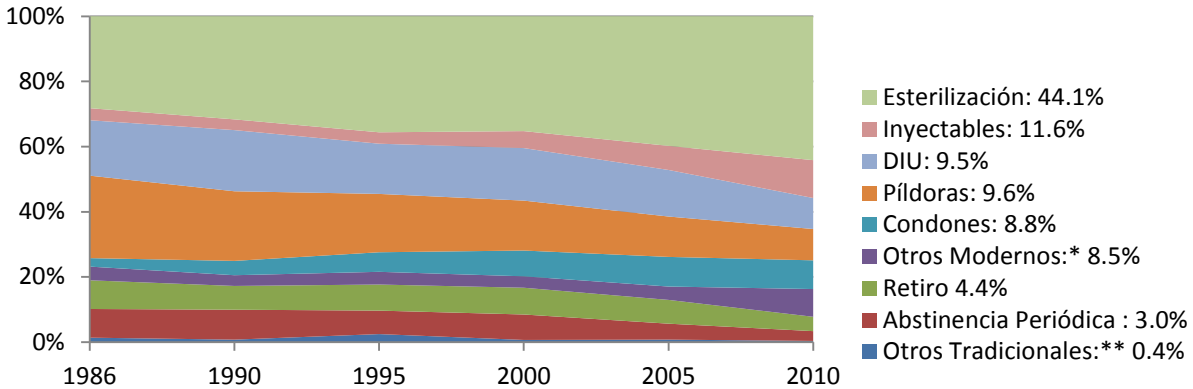
⁶ Asociación Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia. 2011. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010*. Calverton, MD: Macro International Inc.; 2011: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR246/FR246.pdf>.

Asociación Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia. 2005. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005*. Calverton, MD: Macro International Inc.; 2005: <http://www.measuredhs.com/publications/publication-FR65-DHS-Final-Reports.cfm>.

Asociación Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000*. Calverton, MD: Macro International Inc.; 2000: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR114/FR114.pdf>.

Asociación Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia., 1995. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1995*. Calverton, MD: Macro International Inc.; 1995: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR65/FR65.pdf>.

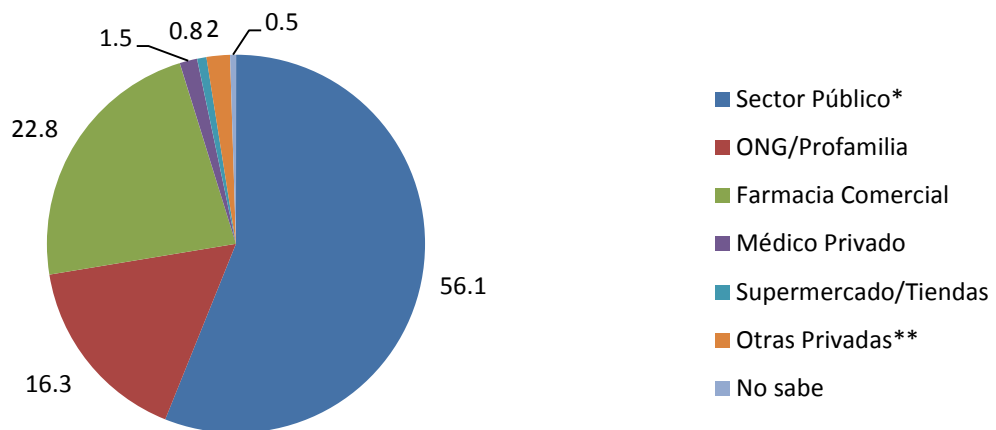
De acuerdo a los datos de la ENDS 2010, el método más común entre las mujeres casadas o unidas en edad reproductiva que utilizan algún método anticonceptivo es la esterilización femenina (44.1 por ciento); le siguen los métodos inyectables (11.6 por ciento), la píldora (9.6 por ciento), el DIU (9.5 por ciento) y el condón (8.8 por ciento) (Ver Gráfica 1).



Fuente: EPDS (1986, 1990), ENDS (1995, 2000, 2005, 2010); los porcentajes de la leyenda provienen de la 2010 ENDS.
 * Esterilización masculina, implantes, métodos vaginales y método de la amenorrea de la lactancia (MELA).
 **Métodos folklóricos.

Gráfica 1: Mezcla de Métodos (1986-2010).

En 2010, más de la mitad de las usuarias obtenían sus anticonceptivos por medio del sector público (56.1 por ciento); le seguían las farmacias (22.8 por ciento) y las ONG/Profamilia (16.3 por ciento); ver Gráfica 2. La tendencia en Colombia es similar a la de otros países de América Latina, en donde se dependía inicialmente de las asociaciones de planificación familiar, para dar paso a una mayor utilización del sector público. En Colombia, la distinción entre el sector público y privado es menos categórica que en el pasado, como resultado de la reforma del sector salud a mediados de los años 90; hoy día, las aseguradoras privadas apoyan a los programas sociales y el sector público contrata a ONG privadas para prestar servicios.



Fuente: ENDS (2010).
 * Hospital, clínica, institución, puesto de salud. ** Iglesia, amigos, promotores de salud, prácticas tradicionales.

Gráfica 2: Fuente de Provisión de Métodos Anticonceptivos (2010).

LOS AÑOS INICIALES (1965-1980)

En su capítulo “En contra de toda probabilidad: el papel de Colombia en la revolución de la planificación familiar,” los autores Measham y López-Escobar hacen un análisis profundo de los factores que permitieron a Colombia – uno de los países más conservadores y religiosos de América Latina – convertirse en el primer país del continente en promover la disponibilidad generalizada de métodos de planificación familiar: (1) liderazgo y determinación de personas bien posicionadas y fuertemente comprometidas con la causa de planificación familiar, (2) rigor académico y uso estratégico de datos para justificar la necesidad de planificación familiar, y (3) ayuda externa para apoyar el liderazgo nacional, para el cual no hay sustituto.⁷ Además del apoyo financiero, la colaboración técnica que se logró formar entre las agencias cooperantes financiadas por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID por sus siglas en inglés) y las instituciones colombianas, contribuyó a desarrollar un programa de PF que ha ganado amplio reconocimiento por sus enfoques innovadores y sus excelentes resultados.

El interés en la PF comenzó en Colombia en 1965.⁸ En los años 60, las altas tasas de aborto inducido indicaban la necesidad de tener acceso a métodos para prevenir el embarazo, particularmente para la población colombiana de escasos recursos económicos. Las investigaciones de esa época mostraban una brecha importante entre el tamaño deseado y el tamaño real de la familia. Sin embargo, habían serios obstáculos para implementar la planificación familiar y para desarrollar una política de población: nacionalismo, normas culturales y tradiciones pronatalistas, una poderosa iglesia católica romana, movimientos políticos marxistas, rigidez burocrática, escasez de personal de salud capacitado, y una inadecuada infraestructura gubernamental en las áreas rurales.⁹ Los acontecimientos en la escena internacional se combinaron en Colombia con el incipiente interés de un pequeño grupo de pioneros por establecer servicios de planificación familiar.

Las declaraciones públicas de líderes colombianos rompieron el silencio alrededor del tema de PF. En 1965, Alberto Lleras Camargo, expresidente de Colombia e influyente editor de una revista semanal de noticias, declaró ante un Comité del Senado de los Estados Unidos que el rápido crecimiento poblacional en América Latina “está promoviendo miseria, presiones revolucionarias, hambre y otros problemas potencialmente desastrosos... la única solución es el control demográfico”.¹⁰ El presidente de Colombia, Carlos Lleras Restrepo (1966-70), hizo eco a estas declaraciones respecto a que el crecimiento desenfrenado de la población tendría un impacto negativo en la educación, la vivienda y el empleo. Tales declaraciones prepararon el terreno para que un grupo de siete médicos colombianos utilizaran su capacidad personal, su reputación y sus redes sociales entre élites de colegas para introducir en Colombia la prestación

⁷ Measham AR, López-Escobar G. En Contra de toda probabilidad: el papel de Colombia en la Revolución de la planificación familiar. In Robinson WC, Ross JA, eds. *La Revolución Mundial de la Planificación Familiar. Tres Décadas de Políticas y Programas de Población*. Washington, DC: Banco Mundial; 2007:151-168.

⁸ Simmons AB, Cardona R. Colombia: stages of family planning and adoption, 1964-1969. *Stud Fam Plann*. 1974. 5(2):42-49.

⁹ Measham & Lopez-Escobar, 2007.

¹⁰ Simmons & Cardona, 1974.

de servicios de planificación familiar, primordialmente a través de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) y Profamilia.¹¹

Varios acontecimientos importantes ocurrieron durante la década de 1960:

- ASCOFAME tuvo un papel fundamental en la introducción y legitimación de la PF en Colombia. En 1964, estableció la División de Estudios de Población (DEP) que realizó estudios sobre una amplia gama de temas relacionados con la fecundidad y la necesidad observada entre mujeres colombianas de prevenir los embarazos. ASCOFAME contaba con una red de siete escuelas de medicina en todo el país, por lo que pudo capacitar a médicos en la prestación de servicios de PF, definir normas para la prestación de servicios, e implementar programas piloto de PF.¹²
- De manera independiente pero en paralelo, en 1965 se estableció Profamilia como una organización privada de PF. Esta institución amplió su entrega de servicios, de una clínica en 1965 a 42 clínicas en 1975 (llegando a un total de 48 clínicas en 1995). Comenzó ofreciendo píldoras y DIU y a medida que estaban disponibles en el mercado internacional fue incorporando casi todo tipo de métodos anticonceptivos. Profamilia pasó a ser una de las ONG más conocidas y con mayor reconocimiento en el movimiento internacional de PF debido a sus innovaciones pioneras, su decidido enfoque en calidad de servicios, y su disposición a asumir riesgos para poder ofrecer servicios de PF a las parejas colombianas.¹³
- En 1966, USAID y el gobierno de Colombia firmaron un acuerdo para proveer capacitación en PF a médicos. Una vez firmado, el Ministerio de Salud (MINSALUD) contrató a ASCOFAME para desarrollar un amplio programa de capacitación en demografía, sus implicaciones para el desarrollo socio económico, y métodos para regular los altos niveles de fecundidad “sin mencionar en su vaguedad la todavía impronunciable expresión ‘planificación familiar’”.¹⁴ Este programa pretendía sentar las bases para trasladar la prestación de servicios de ONG al MINSALUD, a pesar de la reticencia del Ministro de Salud sobre aceptar públicamente la PF. En 1967 – un “año tempestuoso para la PF” – la iglesia católica y las facciones políticas conservadoras atacaron abiertamente el acuerdo y lograron suprimir cierta actividad programática inicial; sin embargo, el presidente colombiano continuó apoyando públicamente el concepto de ofrecer opciones para evitar la maternidad no deseada a mujeres que viven en pobreza.^{15,16}

¹¹ Measham & Lopez-Escobar, 2007.

¹² Echeverry G. *Contra Viento y Marea: 25 Años de Planificación Familiar en Colombia*. Santa Fe de Bogotá, Colombia: Profamilia; 1991.

¹³ Seltzer J, Gomez F. *Family Planning and Population Programs in Colombia 1965 to 1997* [POPTECH Report No. 97-114-062]. Arlington, VA: Population Technical Assistance Project; 1998.

¹⁴ Echeverry, 1991.

¹⁵ Echeverry, 1991.

¹⁶ Royco Ott E. 1977. Population policy formation in Colombia: the Role of ASCOFAME. *Stud Fam Plann*. 1977. 8(1): 2-10.

- En 1969, el MINSALUD estableció la División de Salud Materno Infantil que se hizo cargo de la prestación de servicios de PF de ASCOFAME. El programa ofrecía píldoras y DIU y unos años después comenzó a ofrecer una gama más amplia de anticonceptivos. A diferencia de Profamilia, el MINSALUD dio un enfoque altamente médico a la planificación familiar durante los primeros años, enfocándose en el riesgo de salud reproductiva de un nuevo embarazo, más que en el deseo manifiesto de la mujer de tener acceso a la anticoncepción.¹⁷ Finalmente, el MINSALUD llegó a atender a sus clientes a través de una red de 1,200 centros y puestos de salud a nivel nacional y en 30 hospitales regionales.¹⁸

El gobierno colombiano no emitió una política oficial de población durante este período, pero manifestó su apoyo a la PF a través de acciones y declaraciones públicas. La decisión de mantener a la PF alejada de los grandes titulares de los medios de prensa permitió tanto a Profamilia como al MINSALUD expandir sus actividades para ofrecer servicios sin una confrontación directa con la oposición.

El decidido liderazgo demostrado por personas y organizaciones colombianas a mediados de los años 60 fue rápidamente correspondido con apoyo externo, tanto técnico como financiero. Las Fundaciones Ford y Rockefeller – ya activas en el campo de población a nivel internacional – brindaron la asistencia inicial a ASCOFAME. En 1966, USAID financió a ASCOFAME y a la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF por sus siglas en inglés) para apoyar a Profamilia. IPPF financió los salarios y costos administrativos de Profamilia a partir de 1967. UNFPA comenzó a financiar al MINSALUD en 1974. (Para un reporte contable completo de las fuentes de financiamiento durante la década de 1960, ver Seltzer y Gómez). Varias agencias cooperantes – que también recibían fondos de USAID – se convirtieron en contribuyentes importantes de los proyectos para mejorar la prestación de servicios de PF/ Salud Reproductiva (SR). La presencia de asesores técnicos de cada una de las agencias cooperantes que trabajaron en Colombia se consideró muy efectiva.¹⁹ El fuerte flujo de apoyo económico a la planificación familiar ocasionó cierta crítica y preocupación respecto a que potencias extranjeras se estaban entrometiendo en los asuntos internos del país. Sin embargo, este financiamiento externo demostró ser muy valioso para poner en marcha el programa colombiano.

El contexto económico y social en Colombia era propicio para la llegada de Profamilia en la década de 1960. El gobierno estaba muy centralizado, había pocas instituciones locales y no se realizaban elecciones a nivel local. Cuando Profamilia comenzó a acercarse a las comunidades donde nunca antes habían llegado los funcionarios públicos, la población reaccionó favorablemente. Además, Profamilia llevaba a las mujeres de estas comunidades algo que querían pero a lo que nunca habían tenido acceso: un medio para decidir el número y espaciamiento de sus hijos.

¹⁷ Rizo & Roper, 1986.

¹⁸ Measham & Lopez-Escobar, 2007.

¹⁹ Seltzer & Gomez, 1998.

A pesar que las comunidades estaban contentas con los programas iniciales, estos enfrentaron la enérgica oposición de la iglesia católica romana.²⁰ A mediados de la década de los años 60, en Colombia y en todo el mundo había cierta especulación respecto a que el Vaticano podría reconsiderar su oposición al uso de “métodos anticonceptivos artificiales”. Sin embargo, la Encíclica Papal *Humanae Vitae* emitida en 1968 confirmó firmemente la oposición de la iglesia católica a todos los métodos, con excepción de los métodos “naturales”.²¹ Respaldada por la emisión de la Encíclica Papal, la jerarquía católica romana en Colombia reiteró su firme oposición a los métodos anticonceptivos artificiales. Sin embargo, a nivel comunitario, los sacerdotes y monjas locales muchas veces comprendían los problemas de sus feligreses e ignoraban y se hacían de la vista gorda al uso de anticonceptivos.²²

Desde el inicio, Profamilia valoró la calidad en los servicios que se ofrecían a bajo costo por dos razones. Primero, consideró que esta estrategia reducía su riesgo institucional en un ambiente en el que había oponentes como la iglesia católica romana, grupos izquierdistas, y otros. Segundo, los usuarios satisfechos eran un medio efectivo para generar mayor demanda. Profamilia adoptó la postura de cobrar una tarifa baja por los servicios para no darlos gratuitamente, ya que estimó que las mujeres valorarían más el producto si tenían que pagar algo para obtenerlo. Además, el hecho que las mujeres pagaran por los anticonceptivos serviría para evidenciar su libre elección. En 1969, Profamilia se atrevió a utilizar estaciones de radio con cobertura nacional para transmitir avisos publicitarios para anunciar de manera explícita los servicios de PF y los lugares donde podían obtenerse, en vez de recurrir a eufemismos comunes en otros países latinos. En ese entonces, algunas organizaciones afiliadas a IPPF criticaron a Profamilia por publicitar la PF como si fuera un producto comercial; no obstante, 20 años más tarde estas mismas instituciones solicitaban financiamiento rutinariamente para este tipo de programas radiales.²³ Además de los clientes satisfechos, Profamilia dependía en gran medida de educadores comunitarios para generar demanda.

En 1969, Colombia tenía un programa de planificación familiar activo que se expandía rápidamente a todo el territorio nacional, a través de las clínicas de Profamilia y los servicios del MINSALUD.²⁴ En 1970 se añadió la vasectomía y en 1972 la esterilización femenina.²⁵ Sin embargo, los líderes colombianos de la PF comprendieron que para satisfacer la demanda de servicios en todo el país, incluidas las áreas rurales, se necesitaba ampliar la prestación de servicios más allá de las paredes de las clínicas.²⁶ De esta manera comenzó una década de innovación programática que fortaleció aún más la reputación de Profamilia, no solo como institución pionera de la PF, sino como modelo para la región, aunque enfrentando retos y dificultades en el camino.

²⁰ Esta oposición continúa hasta la fecha, pero está orientada a temas específicos como la anticoncepción de emergencia y el aborto y no a la planificación familiar en general.

²¹ McLaughlin L. *The Pill, John Rock, and the Church: The Biography of a Revolution*. Boston, MA: Little, Brown & Company; 1982.

²² Echeverry, 1991.

²³ Echeverry, 1991.

²⁴ Seltzer & Gomez, 1998.

²⁵ Williams T, Ojeda G, Trias M. 1990. An evaluation of Profamilia's female sterilization program in Colombia. *Stud Fam Plann*. 1990. 21(5):251-264.

²⁶ Echeverry, 1991.

Los acontecimientos más importantes de los años 1970 incluyen lo siguiente:

- A finales de los años 1960 y principios de los 1970, las universidades, especialmente las universidades públicas, se convirtieron en centro de protestas contra la dirigencia política y empresarial y su conexión con los Estados Unidos. Los manifestantes veían el rápido crecimiento de los programas de PF como una treta imperialista de los “gringos” para controlar a los pueblos de América Latina y eludir los grandes problemas de pobreza y desarrollo. ASCOFAME fue víctima de estas protestas. En 1969, ASCOFAME trasladó su prestación de servicios de PF al MINSALUD. Cuando aumentó la revuelta estudiantil en 1972, ASCOFAME restringió sus actividades de investigación en temas de población; para continuar este trabajo se formaron nuevos grupos de investigadores. También suspendió la capacitación en prestación de servicios anticonceptivos a los estudiantes de medicina (en el transcurso de los años 1990), en detrimento de los programas, tanto del sector público como privado.²⁷
- En 1970, Profamilia introdujo la vasectomía a sus servicios y en 1972, la esterilización femenina. La vasectomía representó su primera incursión en servicios dirigidos al hombre. En 1976, Profamilia estableció unidades móviles que expandieron los servicios de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) a las áreas rurales y a sectores remotos de las áreas urbanas.²⁸
- En 1970, reconociendo la necesidad de llegar a las poblaciones rurales (que constituían el 48 por ciento de la población en ese entonces), Profamilia fue pionera de la estrategia de distribución comunitaria de anticonceptivos (DCA) a través de la Federación Nacional de Cafeteros de Colombia.^{29,30} La Federación financió a Profamilia para llevar servicios de PF a las fincas cafecultoras rurales dentro de su jurisdicción. Profamilia capacitó y contrató a trabajadores de campo para realizar actividades de información, educación y comunicación (IEC) en estas comunidades. Los promotores de DCA distribuyeron anticonceptivos (píldoras, condones, espermicidas) a precios subsidiados y recopilaban estadísticas de los servicios. En 1973, el modelo DCA se extendió rápidamente a otras áreas rurales, así como a barrios urbanos marginales. Una evaluación realizada a esta novedosa estrategia recomendó su expansión inmediata a otros lugares.³¹ La oposición inicial de la comunidad médica fue silenciada con dos argumentos convincentes: estos métodos estaban a disposición de las mujeres con medios económicos más altos en las farmacias de todo el país, sin necesidad de receta médica; y los riesgos de un embarazo eran más altos que los riesgos asociados al uso de estos métodos.³²
- A partir de 1972, Profamilia experimentó con la delegación de funciones, como capacitar enfermeras para insertar DIUs, procedimiento que anteriormente se reservaba

²⁷ Seltzer & Gomez, 1998.

²⁸ Williams, Ojeda & Trias, 1990.

²⁹ Vernon, Ojeda & Townsend, 1988.

³⁰ Echeverry G. Development of the Profamilia rural family planning program in Colombia. *Stud Fam Plann.* 1975. 6(6): 142-147.

³¹ Bailey J, Correa J. 1975. Evaluation of the Profamilia rural family planning program. *Stud Fam Plann.* 1975. 6(6):148-55.

³² Seltzer & Gomez, 1998.

exclusivamente a los médicos.³³ El MINSALUD siguió el modelo DCA de Profamilia, utilizando a sus promotores de salud para lograr avances importantes en las áreas rurales. El MINSALUD aumentó el número de métodos a ofrecer (incluida la esterilización) y la cantidad de puntos de entrega de servicios en donde se despachaban métodos anticonceptivos a nivel nacional.

- En 1973, Profamilia estableció otro programa no clínico para llegar a un segmento más amplio de la población: el mercadeo social de anticonceptivos. Originalmente, IPPF entregaba los anticonceptivos a Profamilia como parte de una donación en especie que IPPF daba a sus asociaciones afiliadas. Posteriormente, cambió este sistema a compras locales para aprovechar el hecho que Schering fabricaba los mismos productos en Colombia, evitando así el esfuerzo, el gasto y los problemas asociados a la importación (p.ej. robos en las aduanas). Además, compraba anticonceptivos al por mayor y los vendía a establecimientos comerciales a un precio módico, obteniendo suficientes ganancias para subsidiar su programa de DCA. Profamilia estableció relaciones privilegiadas con fabricantes extranjeros, mediante las cuales se convirtió en comprador, distribuidor y representante de estos productos en Colombia (p.ej., píldoras de Alemania, tabletas vaginales de Japón, condones de los Estados Unidos y anticoncepción de emergencia (AE) de Hungría).

El éxito de Profamilia se puede vincular a varias características clave: autonomía, una misión perfectamente definida, investigación rigurosa, administradores altamente comprometidos y dedicados, recursos financieros, y un espíritu emprendedor en constante búsqueda de nuevas y mejores maneras de hacer las cosas. Por ser una organización privada con una misión clara y definida, Profamilia estaba en disposición de asumir riesgos políticos que el gobierno no podía asumir. Profamilia mantuvo un enfoque claro de llegar a las mujeres de todos los estratos económicos con mensajes sencillos sobre cómo acceder y utilizar la anticoncepción para limitar o espaciar los nacimientos. La institución utilizó datos de buena calidad para justificar la necesidad de contar con programas de PF y tomar decisiones programáticas para nuevas iniciativas. El financiamiento externo y el apoyo técnico por parte de los donantes, en su mayoría de USAID, permitieron a Profamilia (y ASCOFAME) impulsar programas innovadores, viendo recompensados sus esfuerzos iniciales con apoyo constante.

CONSOLIDACIÓN DEL PROGRAMA (1981-2000)

A partir de mediados de la década de los 1970 hasta los 1990, el contexto sociopolítico de Colombia tuvo un rápido deterioro. El país fue asolado por el conflicto interno ocasionado por hostilidades entre el ejército/policía, la guerrilla y grupos paramilitares que luchaban por controlar diferentes territorios del país. Además, el tráfico de drogas contribuyó a secuestros, asesinatos y robos que crearon un ambiente de inseguridad generalizada a nivel nacional. Los colombianos que vivían fuera de las áreas de mayor conflicto continuaron con su vida cotidiana a pesar de los peligros que representaban estas fuerzas negativas. Cualesquiera fueran las diferencias políticas que ocasionaron este conflicto, la prestación de servicios de PF no se interrumpió. Como institución que trabaja en el área de salud, Profamilia se mantuvo neutral y

³³ Seltzer & Gomez, 1998

evitó engancharse en la esfera política, brindando servicios a todas las personas. En algunos casos, estos grupos ayudaron a investigadores de Profamilia, a seleccionar personas para entrevistas. Sin embargo, los programas gubernamentales se vieron afectados por la corrupción reinante en áreas manejadas por el régimen paramilitar, que tomó dinero de los programas de prevención y promoción de la salud para financiar sus propias actividades.

En 1980, Colombia tenía un programa de planificación familiar relativamente maduro. Profamilia apoyaba financieramente a clínicas en la mayoría de ciudades en sus 32 Departamentos (o estados) y posteriormente amplió sus servicios a 29 áreas más. La DCA se había logrado implementar en las áreas rurales y en barrios urbanos marginales. El programa de mercadeo social de Profamilia trabajaba con suficientes ganancias para subsidiar otros elementos del programa. En 1980, el MINSALUD era socio legítimo de la PF y ofrecía una gama de servicios a través de sus centros y puestos de salud a nivel nacional. En 1984, el MINSALUD estableció normas y especificó la responsabilidad del estado para prestar servicios de PF, incluyendo la esterilización.³⁴ El sector privado también ofrecía una amplia gama de métodos anticonceptivos por medio de farmacias comerciales, particularmente en las áreas urbanas. Estas farmacias habían sido disuadidas anteriormente de participar en el mercado por presiones de la iglesia católica romana, pero observaron el éxito de los programas de mercadeo social de Profamilia y se dieron cuenta que estaban desaprovechando ingresos potenciales.

Durante el período de 20 años entre 1980 y 2000, el tema de derechos reproductivos surgió de manera importante. Contrario a lo que ocurrió durante los primeros años, cuando las mujeres buscaban servicios de PF con discreta determinación a pesar de la oposición de la Iglesia y de sus esposos, la PF como un derecho de la mujer adquirió mayor relevancia durante este período. El diálogo político a nivel nacional e internacional alrededor de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo y la Conferencia Internacional de la Mujer en Pekín en 1995, fortaleció el emergente poder político de los grupos de mujeres en Colombia. Dado el cambio en las normas sociales, la disponibilidad generalizada de anticonceptivos, mejores niveles educativos y un marco legal favorable, la prevalencia anticonceptiva (para todos los métodos) llegó a 72 por ciento en 1995.

A mediados de la década de los 1980, Profamilia hizo varios cambios en sus programas. La DCA se había vuelto menos costo-efectiva: además, la rápida urbanización había borrado la línea divisoria entre urbano-rural. A causa de esto, Profamilia combinó la distribución comunitaria y el mercadeo social en un programa al que llamó “mercadeo comunitario”, por medio del cual se vendían píldoras y condones con un enfoque más empresarial. En un esfuerzo por lograr mayor auto-suficiencia, Profamilia inició el proceso de diversificar sus servicios para subsidiar servicios de PF para los pobres; estos servicios se enfocaban primordialmente en otros aspectos de salud reproductiva (p.ej., ginecología, urología, exámenes de Papanicolaou, pruebas de embarazo, infertilidad e ITS), pero también incluían medicina general, pediatría y odontología.

La década de los años 1990 trajo consigo cambios radicales en los programas de PF en Colombia debido a la dualidad ocasionada por la disminución del financiamiento externo y la reforma del sector salud colombiano.

³⁴ Seltzer & Gomez, 1998.

Los acontecimientos importantes de este período incluyen:

El Proyecto de Transición (1992-97): A principios de la década de los años 90, USAID envió un mensaje claro sobre su intención de reducir su apoyo a los programas de población en algunos países de la región que habían logrado cierto nivel de éxito en PF. Para ayudar a los países a enfrentar esta eventualidad, IPPF/Región del Hemisferio Occidental implementó un Proyecto de Transición en diez países, el cual fue financiado por USAID de 1992 a 1997. El objetivo del proyecto era apoyar a las asociaciones afiliadas a IPPF a diversificar sus servicios para lograr mayor auto-suficiencia. Una de las actividades contempladas por el proyecto en Colombia fue la remodelación de las clínicas de Profamilia y la adquisición de equipo nuevo para hacerla más competitiva en el nuevo mercado. Aunque Profamilia llevaba ya un tiempo en este proceso, amplió aún más sus servicios e incluyó sonogramas, AQV para hombres y mujeres, pruebas de VIH, educación sexual para adolescentes y servicios legales, entre otros servicios mencionados anteriormente. Esta diversificación de servicios permitió a Profamilia subvencionar servicios de PF para los clientes más pobres: no obstante, esto también dio lugar a que se pudiera atender a clientes con ingresos ligeramente más altos que podían pagar estos servicios.³⁵

Sanción de la Ley 100 de 1993. Calificada en Colombia como la “ley de reforma del sector salud” o “la ley para la reforma de la seguridad social”, al sancionar esta ley el gobierno asumió la responsabilidad de garantizar la prestación de servicios de PF. Aunque algunas personas estaban en contra de incluir la PF en el listado de servicios, los defensores locales, con apoyo de UNFPA, lograron incluirla dentro del paquete propuesto por el gobierno. Los cambios efectivos no entraron en vigor hasta 1996.

Previo a la reforma, el gobierno subsidiaba a hospitales públicos y centros de salud para ofrecer servicios de PF. La sanción de la Ley 100 dismanteló el sistema de servicios de la seguridad social y del sector público y los reemplazó con un sistema mediante el cual los prestadores de servicios de sector público y el sector privado compiten entre sí por los clientes. En el sistema colombiano de cobertura universal del seguro de salud, las personas participan en uno de dos “régimenes”, dependiendo de sus ingresos: el Régimen Contributivo cubre a trabajadores con ingresos mensuales superiores a una cantidad mínima mensual (aproximadamente US\$170 dólares mensuales) y a sus familias; y el Régimen Subsidiado, que cubre a personas identificadas como “pobres” mediante una prueba de recursos disponibles. El régimen contributivo se financia por medio de contribuciones obtenidas de un impuesto de nómina obligatorio (11 por ciento). El régimen subsidiado se financia con recursos fiscales nacionales y locales y con un impuesto de nómina (1.5 por ciento) que representa una “contribución solidaria” (es decir, un subsidio de los que pagan al régimen contributivo para subsidiar la cobertura a las personas que están en el régimen subsidiado).³⁶

La Ley 100 tuvo como resultado la creación de:

³⁵ Lopez G, Perez I. *Profamilia's Role in Health Sector Reform in Colombia: Case Study Summary*. Bogota, Colombia: CATALYST Consortium; 2003.

³⁶ Giedion U, Uribe MV. 2009. Colombia's universal health insurance system. *Health Affairs*. 2009. 28(3):853-863. DOI: 10.1377/hlthaff.28.3.853.

- EPS (entidades promotoras de salud), que son las instituciones que aseguran a las personas bajo el Régimen Contributivo;
- ARS (administradoras del régimen subsidiado), que administran los recursos que proporciona el estado para el Régimen Subsidiado;
- IPS (instituciones prestadoras de salud), que son las instituciones que prestan los servicios.

El MINSALUD tiene una función normativa para regular la atención de la salud (p.ej., cómo establecer estándares de calidad, precios de los servicios y beneficios); las EPS administran el sistema, y las IPS (clínicas y hospitales) prestan los servicios.

En resumen, con la sanción de esta ley, la responsabilidad principal de la PF se trasladó de Profamilia a las aseguradoras públicas y privadas que operan bajo este nuevo esquema. Estas organizaciones – incluida Profamilia – tienen que competir para obtener contratos privados y gubernamentales que les permitan ofrecer estos servicios (es decir, para ser seleccionadas como IPS). Este campo se expandió para incluir una amplia gama de prestadores de servicios, incluidas otras entidades no lucrativas e instalaciones sanitarias del gobierno. El nuevo enfoque requería estrategias empresariales y objetivos administrativos novedosos para Profamilia. Ante esta nueva dinámica, los directores debatieron en privado, preguntándose si debían siquiera seguir funcionando como institución.³⁷ Sin embargo, Profamilia estudió las nuevas leyes de cobertura, capacitó al personal para cumplir con las nuevas regulaciones y realizó una investigación del mercado. A consecuencia de esto, en 2002 Profamilia logró cubrir 80 por ciento de su presupuesto con ingresos y fuentes generadoras de recursos, comparado a 60 por ciento en 1990.³⁸

Graduación de Colombia de la asistencia de USAID para programas de población. En 1997, USAID consideró que Colombia – con una TGF de 2.9 y una TPA de 72 por ciento – estaba lista para graduarse de la asistencia financiera de USAID para su programa de PF. Profamilia y otros más habían estado anticipando esta acción durante más de una década, aunque muchas personas no podían imaginar que USAID – un socio constante durante más de 30 años – pudiera suspender el financiamiento a la PF en Colombia. Profamilia había desarrollado estrategias para su sustentabilidad y el Proyecto de Transición preparó el terreno para su autosuficiencia.

Cuando finalizó el Proyecto de Transición y Profamilia se había preparado para la graduación, USAID estableció un Fondo Permanente de US\$6 millones para Profamilia. De acuerdo a los términos y condiciones establecidos para la administración y manejo del Fondo Permanente, la ganancia obtenida durante los primeros tres años debía utilizarse para su capitalización; se estipuló que a partir de septiembre de 1999, las ganancias se transferirían anualmente a Profamilia. A partir de 2001, el comité de finanzas de Profamilia estableció que un 5 por ciento

³⁷ Profamilia decidió continuar, con la certeza que había otros temas de SSR (p.ej, servicios para adolescentes, derecho al aborto, inequidad en el acceso a SSR, violencia contra la mujer), que requerían la presencia de una institución fuerte para tener éxito..

³⁸ Richey C, Salem RM. *Elements of Success in Family Planning Programming*. Baltimore, MD: INFO Project, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health; 2008.

del promedio trienal del valor comercial del Fondo Permanente se asignaría anualmente para apoyar el presupuesto operativo de Profamilia durante el siguiente año fiscal. Los fondos se utilizarían, por ejemplo, para subsidiar servicios para los más pobres, con un énfasis especial en personas desplazadas de las áreas urbanas. Este ha sido el primero y único fondo permanente que USAID ha dado a una asociación afiliada a IPPF.³⁹

A pesar que la graduación de la asistencia financiera de USAID ocasionó gran cantidad de trabajo y transformó fundamentalmente a Profamilia, no ha habido ningún signo que evidencie consecuencias negativas a largo plazo en el programa ni en el uso de métodos de PF. La prevalencia anticonceptiva continuó aumentando gradualmente en las tres encuestas de demografía y salud (ENDS) realizadas después de la graduación.

POST-CONSOLIDACIÓN (2001-AL PRESENTE)

Para el año 2000, la planificación familiar estaba profundamente arraigada como norma social en Colombia. La TGF había disminuido de 2.6 a 2.1 hijos por mujer, mientras que la TPA había incrementado de 77 a 79 por ciento entre 2000 y 2010.

El logro más importante de la planificación familiar durante la última década ha sido su institucionalización como parte del sistema colombiano de salud, a raíz de la sanción de la Ley 100. En 2009, había 21 EPS operando dentro del Régimen Contributivo y 43 entidades aseguradoras involucradas en el Régimen Subsidiado. De acuerdo a la ENDS, el porcentaje de la población que cuenta con cobertura de salud subió de 24 por ciento (antes de 1993) a más de 80 por ciento en 2007. El incremento fue particularmente impresionante en el quintil económico más bajo de la población, en el que la cobertura subió de 6 por ciento antes de la reforma, a más de 70 por ciento en 2007. La PF forma parte del plan obligatorio de salud del gobierno y, a partir de 2012, al menos 96 por ciento de la población colombiana estaba nominalmente cubierta.⁴⁰ A pesar de las críticas al sistema,⁴¹ un análisis reciente confirmó que este ha incrementado el acceso a PF para los más pobres.⁴²

El sistema no deja de tener problemas. Los críticos opinan que los elevados co-pagos impiden a los pobres acceder a servicios de salud. De acuerdo a estudios recientes, el total de gastos de salud ha aumentado sin mejoras visibles en la equidad de los servicios y con deterioros a la eficiencia y la calidad de atención.⁴³ Mientras que algunas aseguradoras reportan grandes ganancias y altos gastos administrativos, muchos hospitales han quebrado.⁴⁴ No obstante, este

³⁹ Cromer C, Pandit T, Robertson J, Niewijk A. *The Family Planning Graduation Experience: Lessons For the Future* [POPTECH Project Report No. 2004-193-029]. Arlington, VA: Population Technical Assistance Project; 2004.

⁴⁰ Lujan F. Colombia: a healthcare system in crisis. *Medical Solutions* [www.siemens.com/healthcare-magazine]. November 2012:1-6.

⁴¹ Ewig C, Bello AH. Gender equity and health sector reform in Colombia: mixed state-market model yields mixed results. *Soc Sci Med*. 2009. 68(6):1145-1152.

⁴² The World Bank. *Reaching the Poor and Health Services—Colombia*. Washington, DC: The World Bank; 2007.

⁴³ Plaza B, Barona A, Hearst N. Managed competition for the poor or poorly managed competition? Lessons from the Colombian health reform experience. *Health Pol Plann*. 2001. 16(Suppl 2):44-51.

⁴⁴ Ugalde A, Homedes N. 2009. Health and equity in Latin America. *Americas Quarterly*. Fall 2009.

sistema ha aumentado la disponibilidad de anticonceptivos para la mayor parte de la población colombiana, particularmente los que viven en las áreas urbanas.⁴⁵

La evidencia del cambio en la provisión de servicios está disponible en los datos de la ENDS sobre la fuente de provisión de anticonceptivos entre usuarias de métodos modernos. En 1995, el sector privado – incluida Profamilia, farmacias y médicos privados – era la fuente de provisión de aproximadamente 72 por ciento de los servicios, en comparación a únicamente 27 por ciento por parte de las instalaciones del sector público.⁴⁶ En 2010, el porcentaje de servicios prestados por el sector privado disminuyó a 41 por ciento, mientras que los que ofrece el sector público aumentó a 56 por ciento.⁴⁷ El uso de farmacias, que eran la fuente de provisión para aproximadamente una tercera parte de los usuarios desde mediados de los años ochenta a mediados de los noventa, también disminuyó en décadas recientes. Esta disminución probablemente se debe a un incremento en el uso de la AQP femenina que se ofrece en establecimientos clínicos y a un menor uso de la píldora e inyecciones, que se consiguen primordialmente en farmacias.

A pesar de varias décadas de haber realizado un trabajo pionero en Colombia, la PF enfrentó controversia cuando se introdujo la anticoncepción de emergencia (AE). A finales de los años 1990, IPPF/RHO escogió a Colombia como modelo para introducir la AE en la región de ALC. De entrada, se capacitó a personal de Profamilia en el Régimen Yuzpe para AE. En 1998, Profamilia negoció los derechos de distribución exclusiva de un producto que contiene únicamente levonorgestrel. Después de muchos retrasos, el ente regulador del uso de medicamentos en Colombia (INVIMA) aprobó el Postinor-2 en el año 2000. El anuncio de esta aprobación coincidió con la aprobación en Estados Unidos por parte de la Agencia de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés) del uso de mifepristone para el aborto médico, lo que condujo a una desafortunada confusión en los medios. La iglesia católica en Colombia afirmó, contra toda evidencia médica, que el Postinor-2 era un medicamento abortivo y presionó al INVIMA a revisar la aprobación de este medicamento. Dieciocho meses después de su aprobación inicial, el INVIMA emitió una declaración reafirmando el registro de Postinor-2 como una alternativa anticonceptiva apropiada. Sin embargo, este incidente reavivó la fricción que había existido durante décadas alrededor de la anticoncepción entre la iglesia católica y el liderazgo de PF.⁴⁸

A pesar que la TPA en Colombia es una de las más altas de América Latina, aún queda importante trabajo por realizar. A raíz del conflicto interno, más de 5.5 millones de colombianos fueron desplazados de sus hogares y huyeron en busca de la relativa seguridad de las ciudades más cercanas.⁴⁹ Estos grupos se conocen como “población en condición de desplazamiento” y viven en condiciones de pobreza extrema en áreas marginales de las grandes ciudades, con

⁴⁵ Measham & Lopez-Escobar, 2007.

⁴⁶ ENDS, 1995.

⁴⁷ Asociación Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010*. Calverton, MD: Macro International Inc.; 2011. <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR246/FR246.pdf>

⁴⁸ Heimbürger, A., Gras, C., & Guedes, A., 2003. “Expanding Access to Emergency Contraception: The Case of Brazil and Colombia.” *Reproductive Health Matters*, 11, 21, 150-160.

⁴⁹ Internal Displacement Monitoring Centre. *Global Overview 2012: People Internally Displaced by Conflict and Violence*. Geneva, Switzerland: Norwegian Refugee Council; 2012.

acceso muy limitado a servicios sociales, educativos y de salud. De conformidad con el Plan Colombia (1999-2011), el Departamento de Estado de los Estados Unidos dio a Colombia ayuda militar para luchar contra la guerrilla y los narcotraficantes y asistencia para el desarrollo de las poblaciones desplazadas.^{50,51} Aunque ya se había “graduado” del financiamiento de USAID para PF, entre 2006-2011 Profamilia recibió más de US\$13 millones de dólares en ayuda para prestar servicios de SR a personas desplazadas bajo el Plan Colombia. Los directores de Profamilia durante este período describieron la experiencia como “retroceder el reloj 30 años”. Específicamente, debido a que esta población de escasos recursos económicos y bajo nivel de instrucción tiene tan poco conocimiento y experiencia con la PF, Profamilia retomó las mismas estrategias que había utilizado a principios de los años 1970 para llegar a poblaciones con características similares.

Con un enfoque fuertemente comunitario y utilizando unidades móviles, el programa para poblaciones desplazadas trabajó en más de 25 ciudades en toda Colombia hasta 2011, cuando se discontinuó. Los resultados de estudios de línea de base inicial y cierre final entre poblaciones desplazadas mostraron mejoras en el uso de métodos anticonceptivos modernos entre mujeres casadas en edad reproductiva, pero la fecundidad entre adolescentes desplazados seguía siendo alta.⁵² La fecundidad en adolescentes parece estar profundamente arraigada en problemas como malas condiciones de vida, falta de educación, violencia intrafamiliar y otros factores desestabilizadores.⁵³

POLÍTICAS QUE AFECTAN LA PF EN COLOMBIA

Durante las primeras tres décadas de actividad en PF, Colombia logró tener éxito sin tener una política oficial de población. El gobierno se mostró generalmente favorable hacia la PF y ofrecía servicios en su red de servicios de salud del sector público. El liderazgo de PF progresó sin contar con una política oficial porque no la consideraba necesaria para lograr sus objetivos y para evitar posibles reacciones negativas de sus oponentes, incluida la iglesia católica romana. Sin embargo, las distintas leyes promulgadas en los años 1990 constituyen una política gubernamental de facto para la anticoncepción en este país.⁵⁴

Desde 1991, se han promulgado tres instrumentos legislativos importantes, sin relación al trabajo que apoyó USAID; los dos primeros tienen una relevancia determinante para la PF en Colombia. El primero fue el cambio en la Constitución colombiana en 1991, que reconoció los derechos fundamentales de las personas y no el bien común, (que tendía a ser interpretado como los intereses del estado). Este cambio constitucional resultó del movimiento social generalizado entre los colombianos para enfrentar el clima de violencia en el país y promover una “nueva

⁵⁰ European Commission Humanitarian Aid Office (ECHO). *Evaluation of ECHO's 2001 Intervention Plan in Colombia*. Brussels, Belgium: Franklin Advisory Services;2002.

⁵¹ Hernández BA, Gutierrez BML. Vulnerabilidad y exclusión: condiciones de vida, situación de salud y acceso a servicios de salud de la población desplazada por la violencia asentada en Bogotá — Colombia, 2005. *Revista Gerencia Y Políticas De Salud*. 2008. 7(14):145-176.

⁵² Asociación Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia. *Surveys in Marginalized Areas Sexual and Reproductive Health, Forced Displacement and Poverty 2000-2001*. Bogota, Colombia: U.S. Agency for International Development; 2011.

⁵³ Profamilia. *Salud Sexual y Reproductiva en Zonas Marginales: Situación de las Mujeres Desplazadas*. Bogota, Colombia: Profamilia; 2005.

⁵⁴ Seltzer & Gomez, 1998.

Colombia”. Uno de estos fue el derecho de las personas a decidir y tener control sobre su propia “autonomía reproductiva”, lo cual reforzó aún más los derechos de las mujeres colombianas. El artículo afirma que la planificación familiar es un derecho humano: “La pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos”.⁵⁵ Esta victoria del pueblo colombiano sobre las fuerzas de violencia tuvo el beneficio adicional de fortalecer la postura de hombres y mujeres para controlar su propia fecundidad.

El segundo, descrito anteriormente, fue la Ley 100 promulgada en 1993 para establecer un sistema de cobertura universal de salud para todos los colombianos. Esta ley declaró la salud como un derecho para todos los colombianos. Este cambio representó un momento decisivo en la evolución de la PF en Colombia, porque asignó al gobierno la responsabilidad de garantizar la prestación de servicios de PF. Además, el plan obligatorio de salud (POS) garantiza la implementación de la norma técnica para prestar servicios de PF a hombres y mujeres.⁵⁶

El tercero en 2003, el Ministerio de Protección Social (que hoy se conoce como el Ministerio de Salud y Protección Social) formuló la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR).⁵⁷ Para implementar esta política, las autoridades locales desarrollaron principios y estrategias que sirvieron de guía para abordar varias intervenciones prioritarias de SSR: maternidad segura, PF, SSR de los adolescentes, cáncer cervical, ITS, y VIH-SIDA. Los resultados de la implementación de esta política en la región cafetalera de Colombia fueron publicados en 2011.⁵⁸

Cualquier descripción de las leyes y políticas de SSR estarían incompletas si se deja de mencionar la situación jurídica del aborto en Colombia. Reiteramos que el aborto no es un método de planificación familiar y que USAID no apoya ni ha apoyado nunca ninguna actividad o intervención de cabildeo o incidencia política que tenga relación alguna con el aborto. Sin embargo, es relevante para este recuento histórico mencionar que la Corte de Constitucionalidad de Colombia emitió en 2006 una sentencia que decreta que el aborto es legal bajo tres condiciones: (1) cuando el embarazo es resultado de una violación, incesto, o inseminación o implante no consensuado de un óvulo fertilizado; (2) cuando la salud o la vida de la mujer embarazada está en peligro; y (3) cuando daños o malformaciones fetales severas imposibilitan la vida extrauterina. Esta sentencia ha sido impugnada por el Procurador General, quien ha tomado acciones para obstaculizar su implementación en los servicios del sector público. En respuesta a esto, los grupos de mujeres de la sociedad civil han trabajado persistentemente para garantizar su implementación, como un medio para incrementar el acceso a servicios de SSR a las mujeres en Colombia.

⁵⁵ Colombia *Const*, 2012. Art 42, Resolución 0769 de 2008.

⁵⁶ Colombia *Const*, 2012. Art 42, Resolución 0769 de 2008.

⁵⁷ República de Colombia. *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social y Dirección General de Salud Pública; 2003.

⁵⁸ del Castillo Matamoros S E, Roth Deubel AN, Wartski Patiño CI, Rojas Higuera R, Chacón Barliza OA. La implementación de la política pública de salud sexual y reproductiva (SSR) en el Eje Cafetero colombiano: el caso del embarazo adolescente. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2011. 6(1). Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v6n1/v6n1a08>. República de Colombia. *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social y Dirección General de Salud Pública; 2003.

PF Y EL SISTEMA DE SALUD

Entrega de Servicios

Como se mencionó antes en este estudio de caso, Profamilia comenzó a ofrecer servicios utilizando el modelo clínico, pero pronto evolucionó e implementó modelos innovadores de DCA (1971), mercadeo social de anticonceptivos (1973) y finalmente mercadeo comunitario (1984). Profamilia desarrolló proyectos piloto en servicios dirigidos específicamente a hombres (vasectomía en 1970) y adolescentes (1990). En los años 1960, las farmacias se abstuvieron de ofrecer métodos anticonceptivos debido a presiones de la iglesia católica romana. Sin embargo, cuando los programas de mercadeo social de los años 1970 exitosamente establecieron miles de puntos de venta en las áreas urbanas, el sector privado reconoció que vender anticonceptivos era un buen negocio. A través de los años, los anticonceptivos estaban ampliamente disponibles en farmacias comerciales.

Mientras que Profamilia ocupaba el primer lugar en la prestación de servicios de PF, el MINSALUD comenzó a ofrecer anticoncepción dentro de su programa de Salud Materno Infantil en 1969. El Instituto de Seguros Sociales (ISS) también brindó servicios de PF a sus beneficiarios, aunque el enfoque primordial de sus servicios era el tratamiento y no la prevención. El gobierno clausuró el ISS en 2012. Hoy día las EPS, llamadas “Nuevas EPS”, administran los servicios de atención de la salud, incluida la PF.

Durante las últimas dos décadas han surgido nuevos proveedores de servicios con fuerte orientación en SSR, equidad de género y derechos de las mujeres. Por ejemplo, Sí Mujer, inició sus actividades en 1984 y presta servicios de SSR (incluidos anticoncepción, ginecología, consultas médicas, biopsias endometriales, servicios psicológicos, consejería y apoyo en situaciones de crisis para las víctimas de violencia sexual, entre otros). Aunque su único establecimiento médico está ubicado en Cali, esta institución organiza talleres de divulgación y educación en distintos lugares.

Recursos Humanos para PF

A partir de 1966, la Fundación Ford, el Consejo de Población y USAID capacitaron personal en varias áreas (salud pública, epidemiología, sociología, análisis estadístico, prestación de servicios y comunicación), tanto a través de programas de estudios universitarios superiores como de capacitación a corto plazo para administración de programas de servicios e investigación en temas relacionados con PF. A partir de los años 1960 y hasta finales de los 1970, más de 4,000 colombianos recibieron algún tipo de capacitación en el extranjero, mayoritariamente en los Estados Unidos.⁵⁹ En términos de capacitación a nivel nacional, ASCOFAME fue fundamental para capacitar al primer grupo de prestadores de servicios en Colombia a través de las escuelas de medicina afiliadas.

Los programas de Profamilia y el MINSALUD tuvieron un rápido crecimiento, por lo que la necesidad de contar con proveedores de servicios y personal comunitario debidamente

⁵⁹ Seltzer & Gomez, 1998.

capacitado también incrementó. La experiencia de integrar PF en la capacitación de las escuelas de medicina fue decepcionante. En 1972, bajo presión del movimiento izquierdista universitario, ASCOFAME dejó de capacitar a los estudiantes de medicina para prestar servicios anticonceptivos. Fue hasta mediados de la década de 1990 que se intentó integrar de nuevo la prestación de servicios de PF en el currículo de medicina. Mientras tanto, las estudiantes de enfermería sí recibían cierta orientación en PF dentro de su capacitación en salud materno infantil.⁶⁰ El apoyo técnico y financiero de USAID fue de sumo valor para cerrar esta brecha, principalmente a Profamilia y en menor medida al MINSALUD a través de sus Agencias Cooperantes. La capacitación cubrió una amplia gama de áreas: prestación de servicios, IEC, insumos, e investigación operativa, entre otras. “Esta inversión en los recursos humanos durante la primera década de actividades de población y planificación familiar ha demostrado ser una de los principales aportes a la historia colombiana.”⁶¹

Profamilia estableció una unidad de capacitación para su personal y para personal de otras instituciones colombianas y de otros países latinoamericanos. A partir de los años 1970, Colombia organizó un sinnúmero de talleres de capacitación con participantes que llegaban a aprender de los programas modelo de Profamilia. Además, el personal de Profamilia brindó capacitación técnica a otros países de la región (p.ej., en mercadeo social y evaluación).⁶² En los años 1990, Colombia comenzó a participar en Socios en Población y Desarrollo (una iniciativa Sur-Sur), ofreciendo cursos en una gran variedad de temas (p.ej., finanzas, contabilidad, investigación, evaluación, mercadeo social y género). Por medio de este mecanismo más de 1400 miembros del personal de 345 organizaciones públicas y privadas de 20 países de la región recibieron capacitación; se desarrollaron y utilizaron 13 módulos de capacitación, y se desplegaron 37 misiones de asistencia técnica a 10 países más.

Sistemas de Información (ENDS, Sistema de Información Rutinaria en Salud y Otros)

Colombia ha sido líder en el uso de información para dirigir los programas de PF. Los estudios realizados en los años 1960 y 1970 proporcionaron evidencia para persuadir a los formuladores de políticas respecto a la necesidad de PF. Con financiamiento de USAID, la Fundación Ford y otras fuentes, varias instituciones de investigación (p.ej., el Centro Regional de Población; ACEP, Asociación Colombiana de Estudios de Población y Profamilia) produjeron encuestas demográficas de buena calidad sobre tendencias demográficas y necesidades de PF. Estos datos dieron la oportunidad a defensores de la temática poblacional de demostrar a los funcionarios públicos y otras autoridades de alto nivel la necesidad de contar con PF.

En 1973, Profamilia estableció un sistema de información rutinaria en salud para registrar estadísticas de los servicios y tener acceso a datos para tomar decisiones programáticas. También diseñó y condujo estudios a nivel departamental o inferior para orientar la planificación de los programas y evaluar resultados a mediano y largo plazo. En la década de los años 80, Profamilia estaba dentro de los primeros en utilizar sistemas computarizados de información en una unidad de evaluación independiente y bien estructurada. A partir de finales de los años

⁶⁰ Seltzer & Gomez, 1998.

⁶¹ Seltzer & Gomez, 1998.

⁶² Seltzer & Gomez, 1998.

1990, cuando la PF se volvió obligatoria dentro de los programas gubernamentales de seguros de salud, una buena parte de los informes de PF se hacen a través del sistema computarizado conocido como Registros Individuales de Prestaciones en Salud (RIPS) que rastrea el desempeño, más con fines contractuales que para medir resultados de PF. Entre 1990 y 2010, con financiamiento y asistencia técnica de USAID, Colombia realizó una ENDS cada cinco años, la cual es ampliamente utilizada en todos los niveles gubernamentales, entidades privadas, agencias donantes y otros para evaluar políticas y programas. Cabe señalar que la ENDS-2010 también recibió asistencia técnica y financiera del Ministerio Colombiano de Protección Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) y Profamilia. En 2011, el DANE evaluó la ENDS-2010 y determinó que cumplía con los estándares internacionales de calidad estadística.⁶³

Insumos

Al comienzo del programa, USAID e IPPF proporcionaban la mayoría de anticonceptivos que se utilizaban en los programas de planificación familiar, tanto a Profamilia como al MINSALUD. USAID tendía a darlos en especie; IPPF los daba inicialmente en especie, pero luego cambió y otorgaba fondos equivalentes para que se compraran localmente. Como se dijo antes, Profamilia desarrolló mecanismos innovadores para garantizar el flujo constante de anticonceptivos, negociando contratos con laboratorios internacionales y convirtiéndose en algunos casos en su representante local.

A finales de los años 1990, otras entidades comerciales comenzaron a importar píldoras y condones; el mercado comercial para la anticoncepción era viable, próspero y competitivo. Profamilia ya no tuvo necesidad de garantizar la disponibilidad de anticonceptivos en Colombia. Desde que se promulgó la reforma del sector salud (Ley 100), las aseguradoras públicas y privadas han comprado sus propios anticonceptivos, ya sea por medio de compañías farmacéuticas locales o en el mercado internacional. El gobierno no se involucra directamente en el proceso de adquisición, más que para emitir directrices o políticas que establecen la gama de métodos anticonceptivos y los servicios que forman parte de los planes básicos de salud.

Financiamiento

Durante 30 años a partir de los años 1960 y debido a su fuerte liderazgo, compromiso y disposición para asumir riesgos, Profamilia fue siempre apreciada por la comunidad de donantes internacionales en PF. Confiaban en Profamilia porque siempre condujo sus operaciones con gran sentido de misión e integridad. Como dijo un antiguo colaborador: “Podemos haber sido rebeldes, pero siempre fuimos honestos”.

USAID fue el primer donante bilateral para PF en Colombia y, sin duda, el más grande. Durante tres décadas a partir de 1996 otorgó un total aproximado de US\$50 millones de dólares. En los

⁶³ Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (National Bureau of Statistics). *Proyecto de Aseguramiento de la Calidad*. Bogotá, Colombia: DANE; 2011. Retrieved from: http://www.colombiastad.gov.co/index.php?option=com_content&task=view&id=1159&Itemid=30.

primeros años, USAID financió a ASCOFAME, IPPF (para dar apoyo a la PF en Colombia), Profamilia y el MINSALUD. La ayuda al gobierno se discontinuó a finales de los años 70, cuando USAID reorientó su financiamiento a Profamilia. Una buena parte de este apoyo financiero se canalizó a través de las agencias cooperantes que colaboraban con Profamilia en distintas áreas técnicas (p.ej., capacitación, prestación de servicios, IEC, investigación operativa y ENDS). USAID constituyó una fuente sólida de financiamiento para apoyar las continuas innovaciones de Profamilia, en beneficio de Colombia y de otros países de la región.

IPPF también brindó apoyo a Profamilia para cubrir salarios y costos administrativos. De hecho, Profamilia recibió una buena parte del apoyo financiero de IPPF en comparación a otras asociaciones afiliadas en América Latina. Sin embargo, el porcentaje del presupuesto de Profamilia cubierto por IPPF fue disminuyendo gradualmente en el transcurso de los años, hasta llegar a aproximadamente 1 por ciento del presupuesto total en la actualidad.

En 1974, UNFPA comenzó a apoyar algunas actividades en Colombia e inicialmente orientó su apoyo financiero al programa del MINSALUD; poco después, apoyó iniciativas de cabildeo e incidencia política dentro del contexto del programa de acción de la CIPD. Otros donantes contribuyeron con niveles inferiores de financiamiento. En un inicio, los japoneses apoyaron la DCA en áreas rurales, integrando actividades para el control de parásitos dentro del programa, pero más adelante se suspendió. Los países escandinavos y Canadá también dieron apoyo a Profamilia, con frecuencia a través de su financiamiento global a IPPF.

Con la sanción de la Ley 100 de 1993 y la suspensión del apoyo financiero de USAID a los programas de población en 1997, la PF quedó incorporada dentro del plan obligatorio de salud (POS) que cubren las EPS y ejecutan las IPS. En la actualidad, el costo de PF lo sufragan diversas fuentes, incluidas las EPS públicas y privadas. Sin embargo, es probable que esto cambie en el futuro, ya que existe en el Congreso un proyecto de ley para re-organizar el sector salud.⁶⁴

En resumen, Profamilia fue “la primera” en hacer muchas cosas en América Latina, incluyendo DCA, mercadeo social, uso de anuncios en la radio y en revistas populares para promover la PF, AQV masculina y femenina, recaudación de fondos dentro y fuera de Colombia, así como en esforzarse por encontrar la manera más costo-efectiva de ofrecer servicios a los más pobres. Además de esto, Profamilia introdujo el modelo por el cual se establecieron contratos con fabricantes farmacéuticos para distribuir y vender sus productos y representarlos en el país. Y es así como Profamilia se convirtió, no solo en un terreno de prueba para estas intervenciones programáticas en América Latina, sino en un centro de capacitación para profesionales de PF de toda la región y de lugares más lejanos, que aprendieron y adaptaron muchas de las ideas pioneras de la experiencia colombiana. El éxito de este programa sirvió para enseñar a otros, tal como lo demuestra la selección de esta experiencia para un estudio de caso por la Red de Conocimientos sobre Emprendimientos Sociales de la Escuela de Negocios de la Universidad de Harvard.⁶⁵

⁶⁴ Lujan, 2012.

⁶⁵ Dario Lobo I, Gutierrez R, Sanabria R. *Profamilia: Planning to Survive*. Boston, MA: Harvard Business School Publishing; 2006.

MIRANDO AL FUTURO

La PF está tan profundamente arraigada como una norma social en Colombia que ya no constituye el área de interés especial que ocupó en la década de los años 60 y 70. No obstante, aún enfrenta retos.

Retos

A pesar de sus impresionantes logros en PF, Colombia tiene una agenda inconclusa en términos de:

- Satisfacer la demanda actual para servicios de PF
- Identificar y atender la demanda insatisfecha
- Mejorar las tasas de adhesión/continuación de métodos anticonceptivos
- Reducir el número de embarazos no deseados, particularmente entre adolescentes
- Mejorar el nivel de información y educación para PF y otros aspectos de SSR.

La anticoncepción de emergencia continúa siendo un punto álgido para los que se oponen a la PF en Colombia y en toda la región. Desencadena una reacción doble porque se le ve como un abortivo y porque se percibe que las principales usuarias son mujeres jóvenes, no casadas, que tienen relaciones sexuales pre-maritales – a pesar que ninguna de estas percepciones se apoya en evidencia científica.

Fortalezas

Colombia sigue siendo un modelo para el resto de la región y todo el mundo en varias áreas muy importantes:

- El gobierno garantiza la prestación de servicios de PF como un derecho elemental del pueblo colombiano.
- La separación de la Iglesia y el Estado estipulada por la Constitución ha facilitado la introducción y aprobación de métodos de PF, incluida la anticoncepción de emergencia.
- El sistema actual de seguros de salud de EPS e IPS ha abordado con efectividad los temas de disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos.
- Las ONG complementan al gobierno para llegar a poblaciones especializadas, incluidos los adolescentes y las personas internamente desplazadas.
- La cultura de información y evaluación sigue conduciendo los programas de PF, e incluye encuestas demográficas, estudios especiales y estadísticas de los servicios.

MEASURE Evaluation

Carolina Population Center
400 Meadowmont Village Circle, 3rd Floor
Chapel Hill, NC 27517

<http://www.measureevaluation.org>