

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO



**PUCP**

**“Biopolítica y Políticas Públicas en Salud Sexual y Reproductiva:  
El Caso de Implementación de la Anticoncepción Oral de Emergencia en  
la Región Arequipa”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN  
CIENCIA POLÍTICA Y GOBIERNO CON MENCIÓN EN POLÍTICAS  
PÚBLICAS Y GESTIÓN PÚBLICA**

**AUTOR**

Rafael Gregory Tovar Quispe

**ASESORA:**

Mercedes Amalia Crisóstomo Meza

Noviembre - 2018

## RESUMEN EJECUTIVO

La Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) es considerada actualmente como parte de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y como un recurso estratégico para enfrentar el grave problema del embarazo no deseado en el Perú, que conlleva al aborto inducido y a la mortalidad materna.

La implementación de la AOE causó polémica en diferentes países de América Latina por el efecto abortivo que un sector de la sociedad le atribuye. En el Perú dicho proceso inició en el año 2001 y generó un intenso debate por más de quince años. Finalmente, en agosto 2016, el Poder Judicial ordenó al Ministerio de Salud la distribución gratuita de la AOE a nivel nacional. Siendo importante conocer ¿Cómo se está implementando la Política Pública de Salud Sexual y Reproductiva en el caso de la AOE en la Región Arequipa?

En Arequipa el proceso de implementación de la AOE está a cargo de la Gerencia Regional de Salud y se identificaron seis actores involucrados, unos a favor y otros en contra de la AOE. Para el análisis se usó una metodología cualitativa y las técnicas utilizadas fueron: entrevistas semiestructuradas y revisión de fuentes secundarias. Así mismo, se consideran tres ejes teóricos: políticas públicas, implementación de políticas públicas y biopolítica. Esta última teoría permite analizar las perspectivas de los actores a través de los conceptos de: gubernamentalidad, población y paradigma inmunitario.

Finalmente, se evalúan los resultados de la implementación de la AOE en Arequipa. En cuanto a los resultados directos (outputs), la cobertura de la AOE alcanzó al 100% de los establecimientos del MINSA y se entregó 516 tratamientos de AOE durante el año 2017. En cuanto a los resultados indirectos (impactos y efectos), se analizó la evolución de los embarazos no deseados, los abortos y las muertes maternas durante el periodo 2015-2017, evidenciándose una evolución favorable de dichas variables. Todo lo antes mencionado permitió arribar a 8 conclusiones.

## INDICE

RESUMEN .....	1
INTRODUCCIÓN .....	3
CAPÍTULO 1 .....	9
LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN AMÉRICA LATINA, EN EL PERÚ Y EN LA REGIÓN AREQUIPA CON UNA SINGULAR ESTRATEGIA: “PARA NO LEVANTAR OLAS” .....	9
1.1 La Evolución de Derechos Sexuales y Reproductivos.....	9
1.2 El problema público del embarazo no deseado y la mortalidad materna en el Perú .....	10
1.3 La Respuesta del Estado Peruano ante el problema del embarazo no deseado y los tratados internacionales suscritos.....	13
1.4 El Proceso de Implementación de la Anticoncepción Oral de Emergencia en el Perú y en América Latina.....	15
1.5 El proceso y la estrategia de Implementación de la AOE en la Región Arequipa .....	21
CAPÍTULO 2 .....	29
LAS DINÁMICAS DE LOS ACTORES Y SUS PERSPECTIVAS A LA LUZ DE LA BIOPOLÍTICA: EL ARTE DE GOBERNAR ES EL ARTE DE EJERCER EL PODER SEGÚN EL MODELO DE LA ECONOMÍA.....	29
2.1 Tipología de los actores.....	29
2.2 Las Dinámicas de los actores en torno a la implementación de la AOE	38
2.3 Perspectivas de los actores a la luz de la teoría sobre biopolítica .....	47
CAPÍTULO 3 .....	57
“SI BIEN EL PROBLEMA PÚBLICO LO ORIGINAN VARONES Y MUJERES, LAS CONSECUENCIAS SÓLO LAS PADECEN ELLAS: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN AREQUIPA.....	57
3.1 Perspectivas teóricas y claves para el análisis de las políticas públicas	57
3.2 Resultados de la implementación de la AOE en la Región Arequipa: Las estadísticas 2017.....	63
3.3 Impactos y Efectos de la AOE: evolución de los nacimientos, abortos y la mortalidad materna en Arequipa.....	66
CONCLUSIONES .....	71
BIBLIOGRAFÍA .....	75

## INTRODUCCIÓN

A finales del siglo XX se marcó un hito importante en la evolución de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, lo cual se plasmó en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en El Cairo (1994), en la que participaron 184 países incluido el Perú. En esta Conferencia se concluyó que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos fundamentales y que se refieren a la libertad de las personas para decidir responsablemente cuántos hijos tener y cuándo concebirlos. La atención sanitaria de los derechos sexuales y reproductivos da lugar a la salud sexual y reproductiva.

En el Perú las políticas públicas de salud sexual y reproductiva constan de cinco estrategias: planificación familiar, materno perinatal, infecciones de transmisión sexual - VIH, prevención de cáncer y funciones obstétricas neonatales. La Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) pertenece a la estrategia de planificación familiar y es el único método que puede evitar el embarazo aún después de haber ocurrido la relación sexual riesgosa o sin protección. Por este motivo, es considerada como un recurso estratégico para afrontar el grave problema público del embarazo no deseado y sus consecuencias. Actualmente la AOE es parte de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

La implementación de la AOE en nuestro país originó una gran polémica que se extendió por más de quince años y radica en el efecto abortivo que un sector de la sociedad le atribuye. Inició en el 2001 cuando el Ministro de Salud Dr. Eduardo Pretell incorporó la AOE a las Normas del Programa Nacional de Planificación Familiar pero no se implementó pues la AOE fue seriamente cuestionada desde el Congreso de la República, cuestionamientos similares ocurrieron en el año 2004 y en el año 2010.

La experiencia internacional registró conflictos similares en la implementación de la AOE en países latinoamericanos como: Colombia, Argentina, Chile, Bolivia, Ecuador, Honduras, México y Paraguay, siendo Brasil el único país donde la AOE se implementó sin mayor confrontación.

Retomando la experiencia peruana, la polémica que inició en el año 2001 concluyó en agosto del año 2016 con una insólita sentencia del Primer Juzgado Constitucional de Lima, que ordenó al Ministerio de Salud la inmediata distribución de la AOE en forma gratuita a través de los establecimientos de salud públicos. La Dra. Patricia García, Ministra de Salud en el año 2016, en base a los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, descartó algún efecto abortivo de la AOE y en cumplimiento de la sentencia judicial, aprobó la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar<sup>1</sup> que considera a la AOE en el programa de métodos de planificación familiar.

El presente estudio se centra en analizar la implementación de la AOE en la región Arequipa durante el periodo: setiembre del 2016 a diciembre del 2017 y que estuvo a cargo de la Gerencia Regional de Salud de Arequipa (GERESA). Los funcionarios y técnicos de la GERESA desarrollaron la estrategia propuesta por el Ministerio de Salud a nivel nacional y luego de un proceso de discusión y socialización de la nueva norma técnica de planificación familiar, elaboraron una “Directiva Regional sobre la AOE”. Sin embargo y dado el contexto polémico que se registró en Arequipa con actores a favor y en contra de su implementación, optaron por no aprobar ni publicar dicha Directiva Regional. Con esta decisión definieron también su estrategia de implementación como un estrategia discreta “para no levantar olas”, con los consecuentes beneficios y costos en el proceso de implementación.

---

<sup>1</sup> Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar N° 124-2016-MINSA/DGIESP-V.01

La pregunta de investigación de esta tesis es: ¿Cómo se ha venido implementando la Política Pública de Salud Sexual y Reproductiva en el caso de la AOE en la Región Arequipa?

El objetivo general de la presente investigación fue analizar el proceso de implementación de la AOE en la Región Arequipa, las dinámicas de los actores y los resultados obtenidos. Los objetivos específicos fueron tres: conocer la estrategia de implementación de la AOE en Arequipa, comprender las dinámicas y perspectivas de los actores en la implementación de la AOE y evaluar los resultados de la implementación de la AOE en Arequipa.

El presente estudio utilizó una metodología cualitativa y las técnicas empleadas fueron: entrevistas semiestructuradas y revisión de fuentes secundarias. Se realizaron 20 entrevistas: 4 entrevistas a funcionarios y técnicos de la Gerencia Regional de Salud, 11 entrevistas a personal de salud de los establecimientos (2 ginecólogos y 9 obstetras) y 5 entrevistas a representantes de la sociedad civil, entre ellos algunos que están a favor y otros en contra de la AOE. En el caso de los funcionarios y técnicos de la GERESA, el criterio de elegibilidad de los entrevistados fue que hayan estado a cargo de la implementación de la AOE. Para el personal de salud, el criterio fue que sean responsables de implementar la estrategia de planificación familiar en sus respectivos establecimientos de salud y que representen a las cuatro redes asistenciales y a las dos unidades ejecutoras en las que se divide orgánicamente la Gerencia Regional de Salud de Arequipa. Y el criterio de elegibilidad de los representantes de la sociedad civil fue que sean los directores, responsables o voceros oficiales de sus organizaciones. Todos los entrevistados firmaron un consentimiento informado para participar del estudio y se les designó seudónimos para garantizar la confidencialidad de sus respuestas.

Adicionalmente, se hizo la revisión de fuentes secundarias. En la Gerencia Regional de Salud se revisó información sobre la normatividad técnica en salud

sexual y reproductiva; el procedimiento de distribución de la AOE; las estadísticas emitidas por: la Coordinación Regional de la Estrategia Sanitaria en Salud Sexual y Reproductiva, la Oficina de Estadística e Informática y la Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas (DIREMID). También se revisó información de otras instituciones como: la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2017) del INEI, las notas de prensa de diversos medios de comunicación en las cuales las organizaciones de la sociedad civil dieron a conocer su oposición a la AOE en Arequipa y artículos científicos relacionados a la AOE.

Es preciso mencionar que la Gerencia Regional de Salud es el máximo órgano rector en materia de salud en la región y depende directamente del Gobierno Regional de Arequipa. Tiene a su cargo 253 establecimientos distribuidos en cuatro redes de salud: Arequipa Caylloma, Camaná, Castilla Condesuyos La Unión, e Islay, siendo su población beneficiaria muy diversa pues incluye a pobladores de zonas costeñas, urbanas, rurales y altoandinas. Adicionalmente cuenta con unidades ejecutoras entre las que destacan el Hospital Regional Honorio Delgado y el Hospital Goyoneche. Por otro lado, si bien la Gerencia Regional de Salud de Arequipa tiene una sincera preocupación por mejorar la salud pública, ha heredado problemas estructurales que limitan su labor asistencial, actualmente uno de sus principales hospitales ha sido declarado en emergencia y la falta de recursos humanos y presupuesto es evidente. Aún así, este año 2018 fue premiada por reducir la anemia infantil en 10,3%.

Los ejes teóricos de la presente investigación son tres: políticas públicas, implementación de políticas públicas y biopolítica. Para analizar las políticas públicas se utilizó la definición de Subirats (2008) que hace referencia a las interacciones, alianzas y conflictos entre los actores públicos y privados para resolver un problema público. En esta misma línea Lahera (2002) para estudiar las políticas públicas distingue cuatro momentos analíticos y que dan origen al conocido ciclo de las políticas públicas: agendación, diseño, implementación y

evaluación de las políticas públicas. Resaltando que no se trata de una secuencia lineal de fases sino más bien de una secuencia de decisiones.

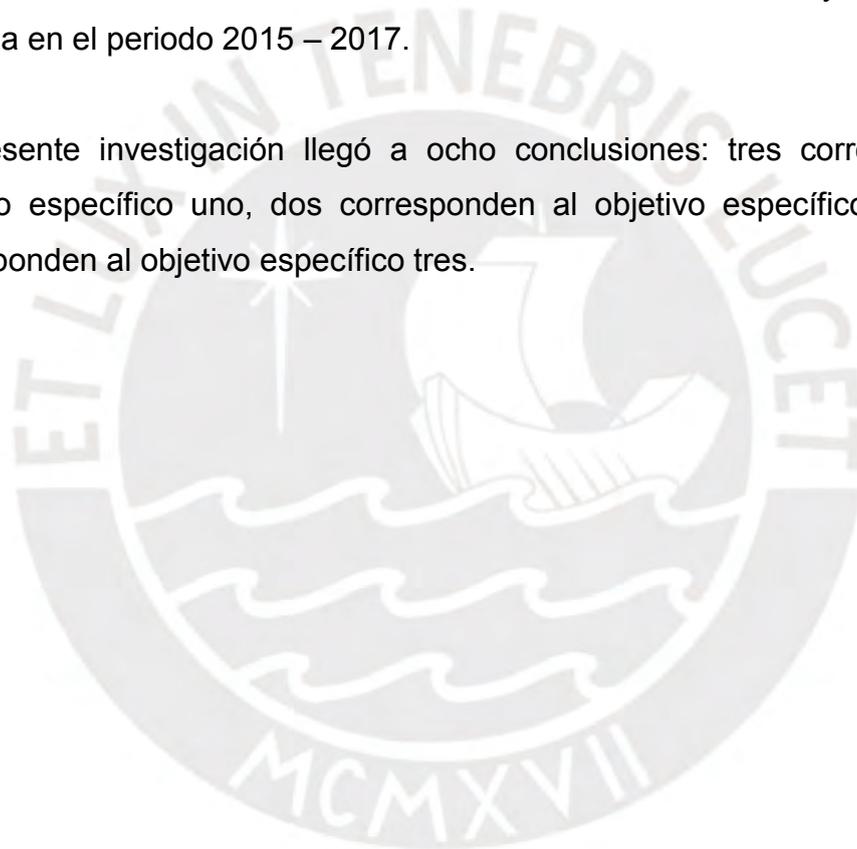
Para estudiar la implementación de políticas públicas se siguió el modelo de análisis de políticas públicas desarrollado por Subirats (2008) al que se le conoce como “institucionalismo centrado en los actores” y que permitió estudiar los recursos, intereses, dinámicas, estrategias y perspectivas de los actores en relación a la implementación de la AOE en Arequipa. Esta preocupación especial por estudiar a los actores se da por la evidencia que existe actualmente sobre la capacidad que tienen para influir en la implementación de las políticas públicas y utilizarlas para la consecución de sus propios fines.

Para analizar las perspectivas de los actores se utilizó el planteamiento de Foucault (2007) sobre Biopolítica y que permitió aplicar importantes conceptos como: Gubernamentalidad, población y paradigma inmunitario. Adicionalmente, permitió clasificar a los actores en dos categorías: “pro vida” o “pro derechos”, los primeros en contra de la implementación de la AOE y los segundos a favor de la AOE.

La presente investigación consta de 3 capítulos. En el primer capítulo se estudia el contexto actual sobre los derechos sexuales y reproductivos a nivel internacional y el grave problema del embarazo no deseado en el Perú, que conlleva al aborto inducido y a la mortalidad materna. También se revisa la respuesta del Estado Peruano durante los últimos quince años y las experiencias en la implementación de la AOE en América Latina y en el Perú. Finalmente se analiza el proceso y la estrategia de implementación de la AOE en Arequipa y las razones que condujeron a los funcionarios de la GERESA a utilizar una estrategia de implementación discreta “para no levantar olas”. En el segundo capítulo se presenta la tipología y el análisis de los recursos con los que cuentan los actores involucrados en la implementación de la AOE en la región Arequipa. Para luego analizar sus dinámicas y perspectivas, estas últimas a la luz de la teoría sobre biopolítica. En el tercer capítulo se brindan las

claves teóricas para el análisis de las políticas públicas y se presentan los principales resultados obtenidos tras la implementación de la AOE en Arequipa como: cobertura geográfica, tratamientos de AOE entregados durante el año 2017 y número de embarazos no deseados realmente evitados. Para determinar esta última variable se utilizó el cálculo de eficacia de la AOE propuesto por la Organización Mundial de la Salud. Finalmente, se determinaron los impactos y efectos de la implementación de la AOE a través de la evolución del embarazo no deseado, el aborto inducido y la mortalidad materna en el periodo 2015 – 2017.

La presente investigación llegó a ocho conclusiones: tres corresponden al objetivo específico uno, dos corresponden al objetivo específico dos y tres corresponden al objetivo específico tres.



## **CAPÍTULO 1:**

### **LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN AMÉRICA LATINA, EN EL PERÚ Y EN LA REGIÓN AREQUIPA CON UNA SINGULAR ESTRATEGIA: “PARA NO LEVANTAR OLAS”**

En el presente capítulo se presenta el contexto actual sobre los derechos sexuales y reproductivos a nivel internacional y el grave problema del embarazo no deseado en el Perú. También se presentan las respuestas del Estado Peruano durante los últimos quince años. Y se analiza el caso de implementación de la anticoncepción oral de emergencia (AOE) en América Latina, en el Perú y en la Región Arequipa, un áspero proceso cargado de intensos debates a nivel político, social y judicial.

#### **1.1 La Evolución de Derechos Sexuales y Reproductivos**

Siguiendo la evolución de los derechos sexuales y reproductivos podríamos remontarnos a la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en El Cairo (1994). Donde se concluyó que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos fundamentales y que se refieren a la libertad del ser humano para decidir cuántos hijos tener y cuándo concebirlos.

Así mismo, La IV Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en 1995 en Beijing, reconoce que la salud sexual y reproductiva más que un servicio es un derecho de las mujeres a decidir. Y en el año 2000, la Declaración del Milenio consideró como el quinto objetivo del milenio: “una reducción en 75% de la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015”. Es importante mencionar que la mortalidad materna es considerada por la Organización Panamericana de la Salud como un indicador que da cuenta del desempeño del sistema de salud y de cómo los Estados respetan los derechos de las mujeres. Una alta tasa de mortalidad materna expresaría que el Estado no está ofreciendo los servicios de salud sexual y reproductiva adecuados a las mujeres y por lo tanto no está respetando sus derechos sexuales y reproductivos. En esta misma línea el

Ministerio de Salud del Perú reconoce que la salud sexual y reproductiva es un elemento clave para mejorar la calidad de vida de las personas.

Así mismo, la Asamblea General de las Naciones Unidas realizada en el año 2006, acordó añadir y precisar como meta del quinto objetivo del milenio el acceso a la más amplia gama posible de métodos de planificación familiar efectivos y seguros. Lo cual obliga a los países miembros a desarrollar políticas públicas en salud sexual y reproductiva.

Es importante resaltar que según la Constitución Política del Perú de 1993, todos los tratados internacionales sobre derechos humanos suscritos por el Estado tienen rango constitucional. Por lo que el Perú debe hacer todos los esfuerzos posibles para cumplir con los compromisos pactados en las conferencias internacionales. Actualmente la AOE es considerada parte de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres pues les permite decidir sobre su capacidad reproductiva. De lo que se desprende que el Estado debería garantizar su disponibilidad y distribución en los establecimientos de salud.

### **1.2 El problema público del embarazo no deseado y la mortalidad materna en el Perú**

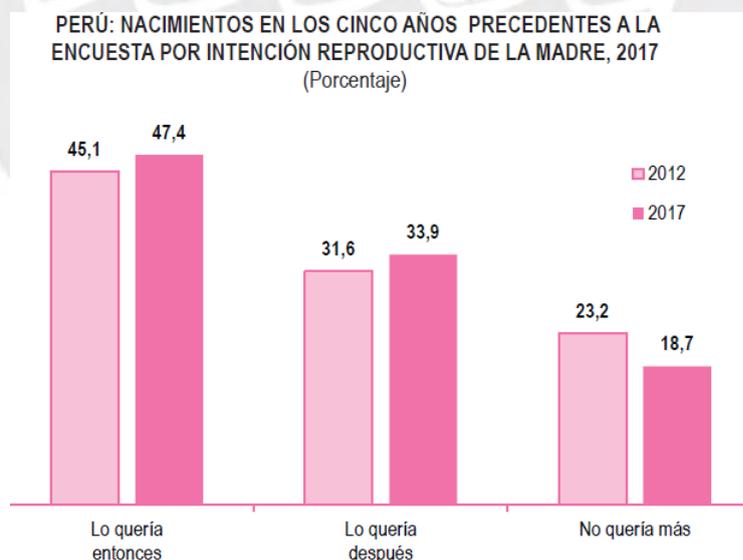
El embarazo no deseado es un grave problema de salud pública en el Perú y puede conllevar a otros dos problemas como son el aborto inducido y la mortalidad materna. La importancia de la AOE radica en su capacidad para evitar un embarazo no deseado aún después de haber ocurrido la relación sexual riesgosa o sin protección, lo que también tendría un efecto favorable aunque indirecto, sobre los otros dos problemas mencionados.

Las causas del embarazo no deseado están relacionadas a la problemática que enfrentan las mujeres peruanas como: un bajo nivel educativo pues muchas veces se prefiere hacer estudiar al hijo varón que a la hija mujer, menor acceso a empleos formales con la consecuente pobreza, y difícil acceso a servicios de salud sexual y reproductiva más aún en zonas rurales. Como señala Pretell

(2013) el embarazo no deseado tiene diversas consecuencias pero la más grave es el aborto que siendo ilegal en el Perú se realiza en forma clandestina y pone en grave riesgo la vida de las mujeres. Pretell (2013) estima que en el Perú se realizan 400,000 abortos clandestinos anualmente, pudiendo un aborto complicarse y llegar a causar la muerte de la paciente, elevando así la mortalidad materna. A nivel internacional, estudios auspiciados por la United Nations Population Fund UNFPA (2005) señalan que la prevención de los embarazos no deseados podría evitar entre 20 a 35% de las muertes maternas.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2017, de todos los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años en el Perú, el 52,6% no fueron deseados en el momento de su concepción. De esta cifra el 18,7% de los padres definitivamente no querían tenerlos y en el 33,9% restante, hubieran preferido tenerlos pero más adelante y no en ese momento. Esta situación se ha mantenido en los últimos años en nuestro país como se puede corroborar si se comparan los resultados de la ENDES 2017 con la ENDES 2012:

Grafico No. 1



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Pero más preocupante aún son los embarazos no deseados en adolescentes. Según el informe sobre la situación del embarazo adolescente del Ministerio de

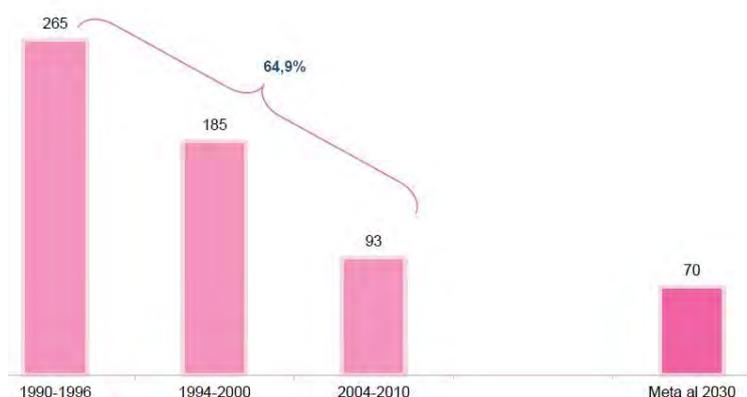
Salud (2016), cada día 15 adolescentes de 15 años o menos se convierten en madres en el Perú (MINSA, 2016: diap. 15). Y según la ENDES 2017, la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años se incrementó ligeramente de 13,2% a 13,4% en los últimos cinco años (2013 – 2017). Esto revela la falta de atención sanitarias especializada que se le brinda a las y los adolescentes.

Es importante también mencionar que el Estado es el principal proveedor de métodos anticonceptivos modernos en el país. Según la ENDES 2017, el sector público suministra el 53.6% de los métodos anticonceptivos a nivel nacional mientras que el sector privado suministra el 45.6% y otros suministran el 0,8%. Los resultados estadísticos antes presentados muestran que las políticas públicas en salud sexual y reproductiva aún no han logrado la efectividad deseada pues la alta tasa de embarazos no deseados se mantiene.

Finalmente, la mortalidad materna se refiere a las mujeres que fallecen durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días posteriores al parto. Según ENDES 2017, la mortalidad materna en el Perú disminuyó durante los años 1990 y 2009. Sin embargo, durante el periodo 2010 - 2017 no ha variado significativamente, siendo aún incierto si se podrá alcanzar la meta al año 2030 de 70 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos, como se muestra en el grafico a continuación:

Grafico No. 2

PERÚ: ÍNDICE DE MORTALIDAD MATERNA, 1990-1996, 1994-2000, 2004-2010 Y META AL 2030  
(Por cada 100 000 nacidos vivos)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

### 1.3 La Respuesta del Estado Peruano ante el problema del embarazo no deseado y los tratados internacionales suscritos

El Estado peruano cumpliendo con los compromisos asumidos en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo y en el marco del respeto a los derechos humanos fundamentales, aprobó el Plan Nacional de Población en 1998 y las Normas de Planificación Familiar<sup>2</sup> en 1999. Esta última norma contenía los objetivos, principios, enfoques y estrategias del Programa de Planificación Familiar y estuvo a cargo de la Dirección de Programas Sociales de la Dirección General de Salud de las Personas. Es preciso mencionar que en la norma de planificación familiar de 1999 no se consideró a la AOE que por entonces venía siendo implementada en otros países vecinos como Colombia. Nótese también que el programa de planificación familiar estaba a cargo de la Dirección de Programas Sociales, al parecer todavía no se reconocía cabalmente que la salud sexual era un derecho y no un programa social.

En Julio del año 2001 y siendo Ministro de Salud el Dr. Eduardo Pretell, ve conveniente ampliar las Normas de Planificación Familiar dadas en 1999. Dicha ampliación se refiere justamente a la incorporación de la AOE que es incluida por primera vez en la normativa peruana en el apartado de anticonceptivos

<sup>2</sup> Resolución Ministerial No. 465-99-SA

orales<sup>3</sup>. La norma define la AOE como un método de excepción capaz de prevenir el embarazo aún después de haber ocurrido la relación sexual, también explica su mecanismo de acción, la tasa de efectividad, el modo de uso, entre otros.

En Julio del año 2004 y siendo Ministra de Salud la Dra. Pilar Mazzeti, se crea y aprueba la Estrategia Sanitaria Nacional en Salud Sexual y Salud Reproductiva a cargo de la Dirección General de Salud de las Personas. Y se precisa que a nivel regional los responsables de la implementación de las Estrategias Sanitarias Nacionales serán los Directores Regionales de Salud<sup>4</sup>.

En julio del año 2005 y durante la gestión de la ministra Dra. Pilar Mazzeti, se deroga las normas de planificación familiar de 1999 y se aprueba la Norma Técnica de Planificación Familiar No. 032-MINSA/DGSP-V01, bajo la Estrategia Nacional en Salud Sexual y Reproductiva<sup>5</sup>. En esta Norma Técnica de Planificación Familiar del año 2005 se vuelve a considerar a la AOE en el aparatado de métodos anticonceptivos.

En noviembre del 2013 se aprueba el Plan Multisectorial para la prevención del embarazo adolescente 2013 – 2021 a través del Decreto Supremo 012-2013-SA. Mediante este decreto se coordinan acciones interministeriales para afrontar el grave problema del embarazo adolescente siendo los sectores involucrados y las principales políticas las siguientes: en el Ministerio de Educación la política procuró aumentar el número de adolescentes que concluyen la educación secundaria en 30% y reducir el inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia. En el Ministerio de Salud se propuso aumentar el uso de métodos anticonceptivos modernos en los y las adolescentes sexualmente activos y en madres adolescentes en 50%. Y en el Ministerio de la

---

<sup>3</sup> Resolución Ministerial No. 399-2001-SA

<sup>4</sup> Resolución Ministerial No. 771-2004/MINSA

<sup>5</sup> Resolución Ministerial N. 536-2005/MINSA

Mujer y Poblaciones Vulnerables, la política fue disminuir las violaciones sexuales contra adolescentes en 30%.

Por otro lado, en febrero del año 2016 se realizan algunos cambios en el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud a través del Decreto Supremo 007-2016-SA. En dicha modificación se señala que las intervenciones estratégicas en salud pública a nivel nacional como la Salud Sexual y Reproductiva, estarán a cargo de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública y ya no a cargo de la Dirección General de Salud de las Personas.

Finalmente en agosto del año 2016 y siendo Ministra de Salud la Dra. Patricia García, se aprobó la Norma Técnica de Planificación Familiar No. 124-2016-MINSA-V.01 que derogó la norma técnica del año 2005<sup>6</sup>. Esta última versión de la Norma Técnica es la que se encuentra vigente en la actualidad con la conducción de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública y de la que depende la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, a cargo de la política.

Sin embargo y aunque se tuvo una adecuada pero lenta evolución de la normatividad en materia de salud sexual y reproductiva en el Perú (1998-2016), dicha normatividad representa los avances administrativos alcanzados pero la implementación de dicha normatividad no ha ido a la par. Al contrario, ha significado intensos debates a nivel político, social y judicial, lo cual se analizará en los siguientes apartados.

#### **1.4 El Proceso de Implementación de la Anticoncepción Oral de Emergencia en el Perú y en América Latina**

La anticoncepción oral de emergencia es el único método que puede evitar el embarazo aún después de haber ocurrido la relación sexual riesgosa o sin

---

<sup>6</sup> Resolución Ministerial No. 652-2016/MINSA

protección. Por esta razón es considerada por los salubristas como un recurso estratégico para afrontar el problema del embarazo no deseado.

La implementación de la AOE en el Perú generó una intensa polémica desde el año 2001, fecha en la que siendo Ministro de Salud el Dr. Eduardo Pretell la incorpora a las normas de planificación familiar como uno de los métodos anticonceptivos hormonales. La discusión en torno a la AOE radica en el efecto abortivo que un sector de la sociedad le atribuye, para comprender dicha polémica se debe explicar que la base farmacológica de la AOE es el Levonorgestrel y que produce esencialmente dos efectos: el principal efecto es anovulatorio, es decir, evita que el ovario libere el ovulo para que sea fecundado. El segundo efecto es el espesamiento del moco cervical que impide a los espermatozoides avanzar hacia las trompas de falopio. Y la polémica gira en torno a un tercer efecto que algunos estudios, mayormente anteriores al año 2005, le atribuyen y según los cuales el Levonorgestrel podría alterar el endometrio impidiendo que el ovulo ya fecundado se implante, lo cual sostienen, constituiría un microaborto.

La Organización Mundial de la Salud, máximo ente rector de la salud pública a nivel internacional, concluyó que la anticoncepción oral de emergencia impide el embarazo y no puede provocar un aborto ni interrumpir un embarazo ya establecido, ni dañar al embrión en desarrollo si es que ya se hubiera dado la fecundación al momento de tomar la AOE. Es esta conclusión de la OMS la que viene prevaleciendo en la actualidad a nivel internacional y en Perú cuenta con el respaldo del Colegio Médico del Perú y de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología.

Un hecho importante para lograr cierto consenso social en torno a la implementación de la AOE en el Perú se dio en el año 2003, cuando por Resolución Suprema 007-2003-SA el Ministerio de Salud decide constituir una Comisión de Alto Nivel para que analice y elabore un informe científico y jurídico al respecto. La Comisión de Alto Nivel estuvo conformada por catorce

prestigiosas instituciones como: La Conferencia Episcopal del Perú, El Decano del Colegio Médico del Perú, El Decano del Colegio de Abogados de Lima, El Defensor del Pueblo, Representantes de la Universidad Nacional y Privada más antigua del país y que recayó en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y en la Pontificia Universidad Católica del Perú, El Presidente de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, La Ministra de la Mujer y Desarrollo Social, El Ministro de Justicia, el Ministro de Salud, entre otros. La Comisión de Alto Nivel luego de escuchar al experto internacional en reproducción Dr. Horacio Croxatto Avoni, a los representantes de la Organización Panamericana de la Salud, del Colegio Médico del Perú y de organizaciones de mujeres; llegó a las siguientes conclusiones:

“La evidencia científica actual ha establecido claramente que los mecanismos de acción de la anticoncepción oral de emergencia son: impiden o retardan la ovulación e impiden la migración de los espermatozoides por espesamiento del moco cervical. En consecuencia los mecanismos de acción se sitúan antes de la fecundación. (...) no se puede asignar efecto abortificante a la anticoncepción hormonal oral de emergencia” (Informe de la Comisión de Alto Nivel R.S. No. 007-2003-SA, página 2).

“La anticoncepción hormonal oral de emergencia (Levonorgestrel), debe:  
1. Formar parte de los métodos de planificación familiar. 2. Ser implementada a la brevedad por el Ministerio de Salud y 3. Estar a disposición de las usuarias de menores recursos en los establecimientos y programas públicos de salud” (Informe de la Comisión de Alto Nivel R.S. No. 007-2003-SA, página 3).

La Comisión de Alto Nivel instó a que el Ministerio de Salud implemente la AOE a la brevedad, pues si bien ya estaba considerada en las normas de planificación familiar desde el año 2001, en la práctica no se había distribuido. Sin embargo, las conclusiones de la Comisión de Alto Nivel no generaron ningún cambio y la situación se mantuvo igual hasta que el tema se judicializó.

A nivel judicial se dieron marchas y contramarchas en cuanto a la implementación de la AOE en el Perú. El Tribunal Constitucional llegó a emitir dos sentencias contradictorias al respecto. La primera fue en año 2006 cuando se declara fundada la demanda de la ONG Acción de Lucha Anticorrupción

contra el Ministerio de Salud debido a la falta de implementación de la Resolución Ministerial RM 399-2001-SA/DM, es decir, por no implementar la AOE que ya estaba incluida en las normas de planificación familiar. Como consecuencia de esta primera sentencia del Tribunal Constitucional, el Ministerio de Salud empezó a distribuir la AOE pero por un corto tiempo. En el año 2009, el tribunal Constitucional da una segunda sentencia, esta vez ordenando al Ministerio de Salud abstenerse de distribuir la AOE a nivel nacional, motivo por el cual el MINSA emitió la Resolución 670-2009-OGA-OLSA y dio de baja el stock que tenía de dicho fármaco.

La revisión de la experiencia internacional da cuenta de similares conflictos en la implementación de la AOE en otros países de América Latina. Por ejemplo, en Colombia, el debate comenzó en 1995 y en el año 2000 se otorgó el Registro Sanitario al Postinor 2, uno de los nombres comerciales del Levonorgestrel y con lo cual se empezó a comercializar. Sin embargo, en marzo del año 2001 el Estado decide revisar este producto y paraliza su abastecimiento. La organización Profamilia lideró la respuesta a dicha revisión del Estado Colombiano alcanzando cartas e investigaciones a favor de la continuidad de la AOE. Finalmente en el año 2002 la comisión revisora confirmó que el Levonorgestrel no es abortivo. De la experiencia Colombiana se puede resaltar que hubo gran participación de los medios de comunicación y el debate fue conocido por la población en general.

Desde una perspectiva comparada entre diversos países de América Latina, Martín (2004) encontró problemas similares en los procesos de implementación de la AOE en: Argentina, Chile, Bolivia, Ecuador, Honduras, México y Paraguay. Por ejemplo, en Argentina en el año 2003 una juez de la provincia de Córdoba prohibió el uso de los anticonceptivos orales señalando que iban en contra de los derechos humanos de las mujeres. Martín (2004) señala también que es común que los principales opositores a la AOE sean la Iglesia Católica y los grupos de derecha. Sólo en Brasil la implementación de la AOE se llevó a cabo sin mayor confrontación.

Por otro lado, Suarez (2010) evaluó la literatura científica sobre los efectos del Levonorgestrel, revisó 444 artículos de las bases de datos Medline y Cochane Library, luego seleccionó los que tenían como pregunta de investigación el efecto del levonorgestrel sobre el endometrio, espermatozoides u ovario, quedándose con 22 artículos publicados entre 1995 y el 2010, de los cuales 12 estuvieron diseñados específicamente para medir el polémico efecto sobre el endometrio. Los resultados a la luz de la evidencia científica fueron tres. Primero, el principal mecanismo de acción del Levonorgestrel es la inhibición o retraso de la ovulación. Segundo, no se observó variación en el endometrio que pudiera afectar la etapa de implantación cuando es usado en las dosis previstas. Tercero, se encontró una disminución en la cantidad y velocidad de los espermatozoides pero estos mantenían su capacidad para penetrar el ovulo. Por lo tanto, el estudio concluyó que: “no existe evidencia científica actual disponible que sustente que el uso de levonorgestrel como AOE sea abortivo”, pudiendo ser utilizado en las políticas públicas de salud sexual y reproductiva, concluyó.

En el caso de la experiencia peruana, fueron organizaciones no gubernamentales y movimientos feministas las que continuaron demandando ante el Poder Judicial la implementación de la AOE, argumentando que es parte de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Es preciso mencionar que la AOE en el Perú estuvo disponible en las farmacias privadas desde setiembre del año 2000 y no hubo (ni hay actualmente) ninguna observación o denuncia formal al respecto, lo cual constituía un problema de inequidad en el acceso a servicios de salud pues mientras mujeres con capacidad de pago podían adquirir la AOE en las farmacias privadas, las mujeres de escasos recursos económicos no podían obtenerla en los establecimientos de salud públicos, lo cual fue cuestionado por dichas organizaciones feministas.

A nivel político el debate sobre la implementación de la AOE en el Perú dejó como resultado a tres ex ministros de salud denunciados constitucionalmente. En setiembre del año 2003 el congresista Héctor Chávez Chuchón denunció constitucionalmente al Ministro de Salud Dr. Eduardo Pretell por haber emitido la resolución que incorporó a la AOE como método de planificación familiar. Luego en setiembre del año 2004 los congresistas Héctor Chávez Chuchón y Rafael Rey denuncian constitucionalmente a la Ministra de Salud Dra. Pilar Mazzeti por permitir el uso de la AOE y el consecuente daño al concebido. Y en el año 2010 la congresista Fabiola Morales denunció constitucionalmente al Ministro de Salud Oscar Ugarte por supuesto desacato a la sentencia del Tribunal Constitucional que prohibió la distribución de la AOE.

A nivel técnico la polémica también repercutió sobre los profesionales de salud. Romero (2007) realizó un estudio para conocer los conocimientos y las actitudes de los médicos gineco-obstetras de Lima y Callao con respecto a la AOE, se encuestó a una muestra de 94 ginecólogos(as) que laboran en nueve hospitales públicos del Ministerio de Salud. Los resultados muestran que el 100% de los médicos entrevistados habían escuchado de la anticoncepción oral de emergencia, sin embargo, sólo el 18 % conocía los tres efectos del Levonorgestrel señalados en la literatura científica, lo cual demuestra un alto grado de desconocimiento sobre los mecanismos de acción del fármaco. Por otro lado, el 82% conocía el modo correcto de administración, el 71% estaba dispuesto a prescribirlo y el 66% ya lo había recetado anteriormente. Mientras que el 31% consideraba que era abortivo pero la mitad de estos (51.8%) estaban dispuestos a utilizarla en caso sea necesario. Finalmente, el estudio reconoce la necesidad de una mayor formación médica y un verdadero compromiso tanto con la prescripción como con la difusión de la AOE, aunado a la orientación de la población sobre la AOE para su libre determinación.

Finalmente, el debate jurídico sobre la implementación de la AOE se cierra el 23 de agosto del 2016, cuando el Primer Juzgado Constitucional de Lima con Expediente N° 30541-2014-18-1801-JR-CI-01, da una sentencia inesperada y

ordena al Ministerio de Salud la inmediata distribución de la anticoncepción oral de emergencia, dándole un plazo de 30 días para su implementación. La ministra de salud en ese entonces era la Dra. Patricia García Funegra, quien una semana después aprobó la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar NTS No. 124-MINSA/DGIESP.V.01 actualmente vigente y que retoma la distribución gratuita de la AOE en todos los establecimientos de salud públicos a nivel nacional.

### **1.5 El proceso y la estrategia de Implementación de la AOE en la Región Arequipa**

En la Región Arequipa al igual que en otras regiones del país, el proceso de implementación de la AOE comenzó en agosto del año 2016, tras la sentencia del poder judicial que la autorizó.

Subirats (2008) señala que la implementación es el conjunto de procesos dados tras la fase de formulación o programación y que permiten concretar los objetivos de una política pública. Por lo tanto, para analizar el proceso de implementación de la AOE será necesario conocer previamente la fase de formulación y en la que se incorporan los aspectos normativos o reglamentarios. Para el caso de la implementación de la AOE es imprescindible revisar la Norma Técnica de Planificación Familiar<sup>7</sup>, que es la principal norma sobre la política de planificación familiar a nivel nacional y fue elaborada por el Ministerio de Salud en Lima. La norma señala que la finalidad de la política es que las personas ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos en forma libre, responsable e informada para que puedan decidir el número de hijos que se desean tener. Los objetivos se basan explícitamente en los derechos humanos, sexuales y reproductivos y se establecen los procedimientos para asegurar la disponibilidad de los métodos anticonceptivos en todos los establecimiento de salud públicos a nivel nacional, que incluye: Minsa, Essalud, Fuerzas Armadas y Policiales. La norma precisa que los

---

<sup>7</sup> Norma Técnica de Planificación Familiar No. 124-2016-MINSA-V.01

servicios de planificación familiar se prestarán de forma gratuita incluyendo la provisión de métodos anticonceptivos diversos como: métodos de barrera, métodos hormonales, dispositivos intrauterinos, anticoncepción quirúrgica voluntaria y anticoncepción oral de emergencia (AOE). A esta última se la considera un método hormonal que sólo debe ser usado cuando se haya sostenido una relación sexual riesgosa y sin protección, en casos de violación sexual o ante una falla del método anticonceptivo ordinario como por ejemplo la ruptura del condón. La norma cuenta también con un apartado sobre el personal de salud encargado del servicio de planificación familiar y señala que el personal está obligado a cumplir todas las disposiciones sin poder argumentar objeción de conciencia. Por otro lado, describe los derechos de los usuarios(as) del servicio de planificación familiar y que son: a la privacidad, a la información, a la seguridad personal, a la toma de decisiones y a la elección del método anticonceptivo que considere más conveniente. También precisa los derechos sexuales y reproductivos de los y las usuarias, que son el derecho a la salud integral que permita disfrutar de su sexualidad y el derecho a recibir servicios en salud de calidad. Finalmente, la norma contempla un apartado especial para la atención de los y las adolescentes, quienes deben ser atendidos en un ambiente separado y se precisa que se les deben brindar todos los servicios, incluida la provisión de métodos anticonceptivos y la AOE si fuese necesario.

En base a los aspectos normativos antes descritos, se llevó a cabo el proceso de implementación de la AOE en Arequipa y estuvo a cargo de la Gerencia Regional de Salud (GERESA). En un primer momento, los funcionarios y técnicos de la GERESA siguieron los lineamientos de la estrategia nacional del Ministerio de Salud y que consideró tres acciones estratégicas: un rápido abastecimiento de la anticoncepción oral de emergencia en todos los establecimientos de salud del territorio nacional, capacitaciones al personal de salud y elaboración de material de difusión impreso para distribuir en los establecimientos de salud. El abastecimiento se hizo en base a los requerimientos de los establecimientos de salud, seguido de un abastecimiento

bimensual teniendo como referencia el informe de consumo promedio mensual emitido por la DIREMID. En cuanto a las capacitaciones se llevaron a cabo dos: una en octubre 2016 y otra en noviembre del año 2017, siempre dirigido al personal de salud responsable de planificación familiar. Y en cuanto al material de difusión, llegó un lote impreso de la ciudad de Lima que fue distribuido a los establecimientos a través de las redes y microredes de salud, luego de lo cual cada establecimiento y según su presupuesto, podía confeccionar más material de difusión.

Según entrevista realizada al Técnico de la Gerencia Regional de Salud que estuvo a cargo de la implementación de la AOE en la Región Arequipa y al que me referiré con el seudónimo de “Amazonas”, confirma que el proceso de implementación fue rápido lo que no es usual en el sector público:

El Ministerio de Salud de Lima envió el fallo del juez y exigió que cada establecimiento envíe su requerimiento y en dos o tres semanas llegó la AOE y se distribuyó a todos los establecimientos, hasta la posta más chiquita. Al mes siguiente hicieron capacitaciones con una abogada y un representante de la Defensoría del Pueblo. La capacitación estaba dirigida a todo el personal responsable de planificación familiar, si bien no se pudo reunir a todos, se les dio cupos a sus representantes, quienes hicieron las réplicas en sus respectivas redes o microredes de salud (entrevista a técnico “Amazonas”. 27 Abril 2018).

El Técnico “Amazonas” también refiere que cada semana monitoreaban desde Lima la distribución de la AOE y hacían seguimiento al abastecimiento. A lo que califica de “un buen seguimiento”.

En un segundo momento, los funcionarios y técnicos de la GERESA a través de la Dirección General de Salud de las Personas, realizaron actividades internas de socialización y discusión de la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar en cuestión, llegando a elaborar una “Directiva Regional

sobre Anticoncepción Oral de Emergencia” en enero del año 2017. Dicha Directiva Regional facilitaría la implementación de la AOE en el ámbito local, dando los lineamientos propios para Arequipa. Sin embargo, dicha “Directiva Regional sobre AOE” no concluyó el proceso de formalización pues no fue elevada a la Gerencia Regional de Salud para su aprobación, actualmente sólo es un documento de consulta extraoficial a la que pocos tienen acceso. Siendo importante revisar el contenido de la Directiva Regional así como los motivos por los que no fue aprobada y difundida:

Justificación:

“los principios universales que consagran el derecho a la salud, considera no solo prudente sino conveniente y responsable reafirmar mediante la presente directiva el derecho de la pareja sexualmente unida o de la mujer a decidir el número de hijos que desea procrear”. (Directiva AOE GRSA, Título I)

En la justificación se reflejan los derechos sexuales y reproductivos que dan origen a la distribución de la anticoncepción oral de emergencia en la región.

“Es en este contexto que y como es lógico prever nadie está exento de riesgos y peligros al momento de ejercer con responsabilidad su derecho sexual o a ser violentada por lo que también la ciencia y la tecnología ha desarrollado insumos que previenen en estos casos de emergencia que son por su misma condición excepcionales, el posible embarazo no deseado”. (Directiva AOE GRSA, Título I)

Se hace referencia a las diferentes situaciones que pueden hacer que una mujer o pareja sexualmente responsable requiera de la AOE, como por ejemplo ante un fallo inminente del método anticonceptivo como la ruptura del condón o en caso de violación. Así como se hace mención al derecho de las personas de acceder a los avances científicos.

“el principal mecanismo de acción del levonorgestrel a las dosis recomendadas como AOE es la inhibición o retraso de la ovulación. No afecta a los espermatozoides en su capacidad de migración ni de penetración al óvulo. No se ha demostrado alteraciones morfológicas ni moleculares en el endometrio que puedan interferir con la implantación del ovulo fecundado. No existe evidencia científica actual disponible que

sustente que el uso del levonorgestrel como AOE sea abortivo”.  
(Directiva AOE GRSA, Título I)

En este apartado la Directiva Regional hace un resumen de los estudios científicos al respecto de la AOE y define que no es un método abortivo, lo cual ayudaría a aclarar la confusión todavía presente entre la población e incluso entre el mismo personal de salud.

Finalidad:

“Proteger el derecho de la mujer y de la pareja a elegir con absoluta libertad, bajo el principio de una información científicamente verificable y oportuna, la opción de optar por un método de anticoncepción de emergencia según indicaciones claras y precisas”. (Directiva AOE GRSA, Título II)

En la finalidad de la directiva se resalta el derecho de las mujeres y de las parejas a decidir libremente por la AOE. También deja entrever el rol del Estado como protector de dicho derecho.

Ámbito de Aplicación:

“La presente directiva es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos prestadores de servicios de salud del Gobierno Regional Arequipa”. (Directiva AOE GRSA, Título III)

Define la jurisdicción y por ende los establecimientos de salud donde regirá la directiva regional.

Principios:

“Enfoque de Derecho. El acceso y consumo de la AOE constituye un derecho inalienable de las mujeres y parejas que así lo desean”. (Directiva AOE GRSA, Título V), siguen otros principios.

Y continúa la Directiva con los apartados de: Objeto, Consideraciones, Generales, Consideraciones Específicas, Base Legal y Disposiciones Complementarias, fecha: enero del 2017.

Como se ha podido revisar, la “Directiva Regional sobre Anticoncepción Oral de Emergencia” señala aspectos importantes para su implementación en

Arequipa y por lo tanto debía ser formalmente integrada a la estrategia regional. Sin embargo, dicha Directiva no se elevó para su respectiva aprobación y el Funcionario a cargo que identificaremos con el seudónimo “Marañón” señaló: “la Directiva Regional sobre AOE se elaboró y discutió, no se llegó a aprobar por decisión estratégica, para no levantar olas”. Por lo que, en este momento los Funcionarios definieron su estrategia, una estrategia de implementación que calificaría de “discreta” para que no genere mayor polémica. Sin embargo, se debe recordar que no hay decisión ni estrategia perfecta, lo que hay es una valoración entre los costos y los beneficios. El beneficio de esta decisión es que no tuvieron que publicar la directiva con lo cual evitaron mayor confrontación pero los costos fueron diversos. Por ejemplo, no se realizaron acciones públicas de difusión o capacitación hacia la población, la autoridad administrativa no lideró el proceso, no se diseñaron tácticas para alcanzar a la población objetivo, etc. Todo ello generó desinformación que terminó afectando a la población y al mismo personal de salud.

En base al análisis realizado sobre los motivos por los que la Directiva Regional sobre AOE no continuó el trámite para su aprobación formal, es que siendo Arequipa una ciudad “conservadora”, existe fuerte influencia del entorno en las decisiones que toman los políticos y funcionarios a cargo de las políticas públicas. Dicha influencia ya ha sido documentada en el caso del protocolo para el aborto terapéutico en la Región Arequipa. Según Llaja (2010), el informe de cumplimiento sobre los compromisos asumidos por el Estado Peruano en la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW) señala:

“el 26 de diciembre del 2007, la Región Arequipa aprobó el “Protocolo para el Manejo de Casos de Interrupción Legal del Embarazo (aborto terapéutico)” mediante Resolución 751-2007-GRA/GRS; norma que tres meses después fue dejada en suspenso en febrero de 2008, por Resolución 109-2008-GRA de la Gerencia Regional de Salud. En este último caso fue gravitante la presión de la jerarquía eclesial de la región en la suspensión de la norma”. (Llaja, 2010:23)

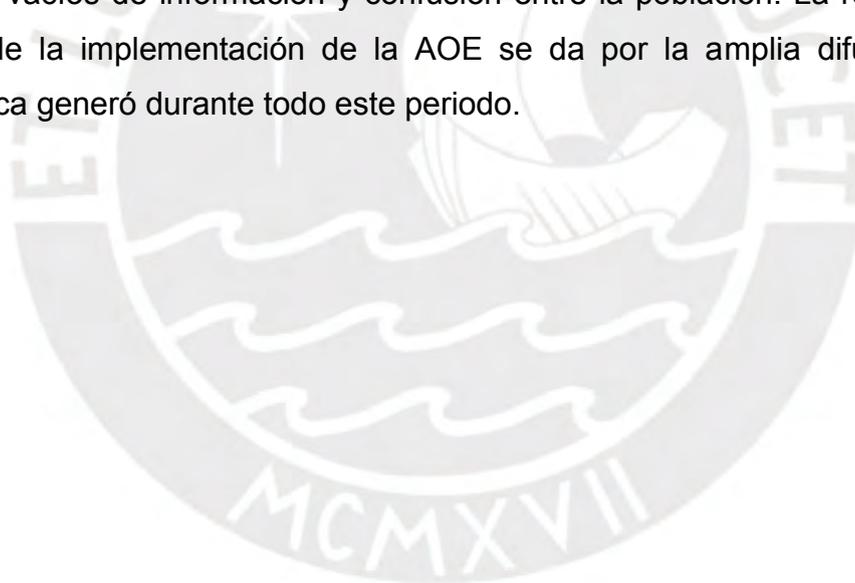
Este antecedente sobre el protocolo de aborto terapéutico elaborado en la Gerencia Regional de Salud de Arequipa y la consecuente presión que hubo para finalmente dejarlo sin efecto, explicaría una de las razones por las que los funcionarios decidieron no concluir con la aprobación de la “Directiva Regional sobre Anticoncepción Oral de Emergencia”.

Subirats (2008) señala que las políticas públicas suponen la implementación de las medidas que se decidieron adoptar. Sin embargo, lo que ocurre en algunos casos es que el actor político-administrativo decide no intervenir o no utilizar todos los instrumentos con los que dispone, dando lugar a las denominadas “no decisiones” o “no acciones”. Estas “no decisiones” fueron estudiadas ampliamente por teóricos de políticas públicas como Dye, Mény o Thoening. Particularmente, Subirats (2008) concluye que las “no decisiones” sólo pueden constituir una política pública si cuentan con decisiones formales paralelas. Del análisis realizado sobre la implementación de la AOE en la región Arequipa se puede concluir que si bien no se hicieron actividades públicas de difusión “para no levantar olas”, sí se cumplió con distribuir el fármaco a todos los establecimientos de salud de la región y se realizaron dos capacitaciones para el personal de salud. Se puede reconocer entonces “no decisiones” o “no acciones” junto a actividades que sí se han logrado implementar de la política pública.

Así mismo, es importante señalar que los funcionarios son criticados tanto por sus “acciones” como por sus “no decisiones”. Por un lado, la sociedad civil a favor de la implementación de la AOE critica duramente la pasividad de los funcionarios y su estrategia de implementación. En la entrevista realizada a la representante de sociedad civil “Neptuno”, señaló que el Gerente Regional de Salud: “no impulsó como correspondía la implementación de la AOE en la región, no se dieron medidas de capacitación ni difusión a la ciudadanía y la estrategia de implementación fue muy tenue”. Otra representante entrevistada con seudónimo “Mercurio”, señaló que hubo muy poca difusión

sobre la implementación de la AOE en la región, ella misma se acababa de enterar en la entrevista que ya se había vuelto a distribuir la AOE en los establecimientos de salud públicos. Por otro lado, los movimientos de la sociedad civil en contra de la AOE critican también a las autoridades y funcionarios por las acciones de distribución de la AOE que ordenaron implementar.

Finalmente, se puede concluir que los más de quince años de debate político, social y judicial en torno a la AOE repercutieron a favor y en contra de su implementación a nivel nacional y en la región Arequipa. La repercusión en contra de la implementación se da en dos direcciones: por un lado se restó margen de acción a los funcionarios y técnicos responsables, por otro lado, se originó vacíos de información y confusión entre la población. La repercusión a favor de la implementación de la AOE se da por la amplia difusión que la polémica generó durante todo este periodo.



## **CAPÍTULO 2:**

### **LAS DINÁMICAS DE LOS ACTORES Y SUS PERSPECTIVAS A LA LUZ DE LA BIOPOLÍTICA: EL ARTE DE GOBERNAR ES EL ARTE DE EJERCER EL PODER SEGÚN EL MODELO DE LA ECONOMÍA**

En el presente capítulo se realiza un análisis detallado de los actores involucrados en la implementación de la AOE en Arequipa; a partir del cual se propone una tipología de los actores, los recursos con los que cuentan, sus intereses particulares y colectivos, estrategias e interacciones. Para finalmente analizar las dinámicas de los actores y sus perspectivas a la luz de la teoría sobre biopolítica.

#### **2.1 Tipología de los actores**

Subirats (2008) sostiene que un grupo de individuos sólo constituirán un actor unitario siempre y cuando actúe con homogeneidad interna respecto a la política pública, en este caso, con respecto a la AOE en Arequipa. Señala también que el comportamiento más o menos activo de los actores influirá en la implementación de la política pública, de allí la importancia de identificarlos y tipificarlos adecuadamente. Los actores cuentan con diferentes recursos como: la fuerza, el derecho (o recurso jurídico), personal, recursos económicos, información, organización, consenso (o recurso confianza), infraestructura, tiempo y apoyo político. Los actores pondrán en juego sus recursos en determinados momentos y según sus estrategias y tácticas para hacer valer sus posiciones e intereses. Los intereses suelen tener siempre una doble connotación, por un lado se tienen intereses personales y por otro se tienen intereses colectivos. Así por ejemplo, un funcionario puede estar comprometido con el proyecto social que dirige (racionalidad axiológica) pero a la vez tendrá el interés de mantener o mejorar las condiciones laborales de su puesto de trabajo (racionalidad utilitaria). Es importante tener presente esta doble motivación de los actores al analizar e interpretar sus conductas.

En la implementación de la AOE en Arequipa se identificaron seis actores: los Funcionarios a cargo de la Gerencia Regional de Salud de Arequipa, los Técnicos de la estrategia sanitaria en salud sexual y reproductiva, el Personal de Salud que atiende directamente a las pacientes en los establecimientos, las Iglesias Católica-Evangélica y los Movimientos de sociedad civil en contra de la implementación de la AOE, las ONGs y los Movimientos de sociedad civil a favor de la implementación de la AOE y las usuarias(os) finales de los servicios de planificación familiar. En el cuadro a continuación se puede diferenciar entre actores estatales y actores de la sociedad civil:

Cuadro No 1.

## Actores Estatales y de Sociedad Civil

Actor Estatal	Actor de Sociedad Civil
Los Funcionarios a cargo de la Gerencia Regional de Salud de Arequipa (GERESA)	Las Iglesias Católica-Evangélica y los movimientos en contra de la AOE.
Los Técnicos de la estrategia sanitaria en salud sexual y reproductiva de la GERESA	Las ONGs y los movimientos a favor de la AOE: El Foro Regional por los Derechos Sexuales y Reproductivos de Arequipa, la ONG Humanidad Libre, el Instituto Peruano de Paternidad Responsable INPPARES, entre otros.
El personal de salud (obstetras) de los establecimientos del MINSA.	Usuarios(as) finales de los servicios de planificación familiar

Fuente: Entrevistas. Elaboración propia.

### **A. Los Funcionarios a cargo de la Gerencia Regional de Salud de Arequipa**

Los Funcionarios son los más altos mandos de la Gerencia Regional de Salud de Arequipa, son los profesionales que toman las grandes decisiones y son los voceros oficiales de la institución ante los medios de prensa. Según la Resolución Ministerial No. 771-2004/MINSA el Gerente Regional de Salud es el responsable de la implementación de las Estrategias Sanitarias Nacionales incluidas las de Salud Sexual y Reproductiva, por lo tanto, tienen responsabilidad directa en la implementación de la AOE en su jurisdicción.

El propio Gobernador Regional nombra al Gerente Regional de Salud y este a su vez a su equipo de trabajo más cercano, por lo que los Funcionarios son profesionales de confianza de la gestión gubernamental. Los Funcionarios deben tener un gran manejo político en el desarrollo de sus funciones pues sus éxitos o fracasos impactarán directamente sobre el Gobernador Regional. Se caracterizan también por estar en tensión permanente entre las políticas públicas que deben implementar y las presiones, críticas y oposición de los otros actores ya mencionados y de la misma población arequipeña que en temas de salud sexual es “conservadora”.

En la entrevista realizada al Funcionario con seudónimo “Marañón” precisó que sus funciones con respecto a planificación familiar en la Región Arequipa son: difundir directivas nacionales en planificación familiar, diseñar y promover las estrategias de planificación familiar, así como supervisar, evaluar y monitorear las actividades correspondientes.

Por lo expuesto, los Funcionarios tienen: “recursos políticos” por el apoyo directo del Gobernador Regional, “recursos jurídicos” por la capacidad de emitir normativas y lineamientos, “recursos humanos” por el personal que tienen a su cargo y “recursos económicos” esencialmente públicos que gestionar, aunque no siempre sean los suficientes para la implementación de las políticas públicas.

### **B. Los Técnicos Responsables de la Estrategia Sanitaria en Salud Sexual y Reproductiva en la Región Arequipa**

Los Técnicos son profesionales en ciencias de la salud que ocupan mandos de nivel intermedio en la Gerencia Regional de Salud de Arequipa, sus jefes inmediatos son los Funcionarios pero a diferencia de estos no diseñan estrategias ni son voceros oficiales ante los medios de comunicación. Los Técnicos se dedican exclusivamente a la Estrategia Sanitaria en Salud Sexual y Reproductiva, en cambio los Funcionarios tienen a cargo varias políticas públicas y estrategias sanitarias que monitorear.

En la entrevista realizada al Técnico con seudónimo “Amazonas”, precisó que sus funciones son: supervisar, evaluar, planificar y organizar toda la Estrategia Sanitaria en Salud Sexual y Reproductiva que incluye: planificación familiar, embarazo, parto, puerperio y anemia. Los Técnicos controlan el abastecimiento de los métodos anticonceptivos en la región Arequipa, llevan las estadísticas de las actividades que realizan y supervisan directamente el trabajo en los establecimientos de salud, los cuales visitan periódicamente.

Los Técnicos disponen principalmente de tres recursos. Recurso de “información” pues manejan información privilegiada con respecto a las políticas públicas. Recurso de “organización” pues están a cargo de coordinar y diseñar la mejor forma de implementar las políticas públicas. Y a su vez tienen “tiempo” pues a diferencia de los Funcionarios que pueden ser removidos con una nueva gestión gubernamental, los Técnicos hacen carrera pública. Por ejemplo, el técnico con seudónimo “Amazonas”, refirió que tiene más de 15 años coordinando temas referentes a salud sexual y reproductiva en la Gerencia Regional de Salud de Arequipa.

### **C.El Personal de Salud que atiende directamente a las pacientes en los establecimientos**

Los profesionales de salud que atienden directamente a las pacientes en los establecimientos de salud de primer nivel son las Obstetras. Su labor principal es asistencial y están a cargo de realizar la evaluación, consejería y entrega de métodos anticonceptivos a la población. Se caracterizan también por ser el personal de salud que está en contacto directo con las usuarias de los servicios de planificación familiar y cumplen un rol protagónico al momento de realizar el análisis clínico a las pacientes y sugerir el método anticonceptivo más apropiado para cada momento y circunstancia, tienen a su cargo la entrega de la anticoncepción oral de emergencia.

En la entrevista realizada a la Obstetra con seudónimo “Retama”, precisó que sus principales funciones son: orientar y aconsejar a las mujeres en edad fértil sobre planificación familiar y paternidad responsable, provisión de métodos anticonceptivo y seguimiento a las usuarias del servicio.

Es importante mencionar que según la población asignada al establecimiento de salud se conforma un equipo de Obstetras que les permita atenderlas. Por ejemplo, existen centros de salud con una o dos Obstetras asignadas así como hospitales con 23 Obstetras asignadas.

El personal de salud cuenta también con recursos, uno de ellos es el de la “fuerza” pues el personal de salud pertenece a gremios profesionales y sindicales capaces de realizar huelgas y paros para conseguir sus objetivos. “Recurso jurídico” dado que tienen leyes específicas para normar su trabajo y sobre el cual basan el ejercicio de su profesión, cuentan también con “recursos de información”, pues el profesional de salud es experto en su materia y recurso “consenso” o “confianza”, pues la población tomará muy en cuenta sus sugerencias al momento de tomar una decisión.

#### **D.Las Iglesias Católica-Evangélica y los Movimientos de la sociedad civil en contra de la implementación de la AOE**

Los principales representantes de La Iglesia Católica manifestaron públicamente su posición en contra de la AOE en forma inmediata a la sentencia que autorizó al Ministerio de Salud la implementación de la AOE el 23 agosto del año 2016. De esta manera, el 25 de agosto la Conferencia Episcopal del Perú, conformada por los Obispos de la Iglesia Católica, emitió un comunicado en el que rechazaba la medida cautelar que autorizó la distribución gratuita del AOE. Y el Cardenal Juan Luis Cipriani en el programa Diálogos de Fe de fecha 27 agosto del 2016, señaló que la AOE es abortiva y que se empuja al Presidente a una agenda que el Perú no quiere.

Así mismo, en la Región Arequipa se realizaron diversos pronunciamientos en contra de la implementación de la AOE, entre los que destacan: el

pronunciamiento de la Asociación Médicos por la Vida, Asociación Pro Mujer y Derechos Humanos, Asociación Salvemos a las Dos y agrupación Jóvenes por la Vida, a los que se les conoce generalmente como movimientos “Pro vida”. En todos los casos, el rechazo a la AOE es por el efecto abortivo que se le atribuye. En la entrevista realizada al representante de uno de los movimientos Pro Vida con seudónimo “Saturno”, señaló que el objetivo de su organización es difundir la ética y más precisamente la bioética personalista, que se basa en la persona humana y en el respeto irrestricto a la vida, por lo que el uso de la AOE no se puede justificar en ninguna circunstancia, tampoco en casos de violación. Señaló también que la función de su organización es difundir este planteamiento ético y para lo cual realizan congresos y cursos en base a la ciencia y la ética.

La Iglesia Evangélica también tiene una posición en contra de la AOE pero sus motivos son un poco diferentes. En la entrevista realizada al Pastor evangélico responsable del área de jóvenes que identificaremos con el seudónimo de “Júpiter”, explicó que ven a la AOE como “una forma muy facilista para resolver un problema más grande”, criticó también que estas políticas no inducen a asumir sino a eludir las consecuencias de nuestros propios actos. Desde su perspectiva, el uso de la AOE no se justificaría ya que estamos ante un peligro mayor que es una licencia para vivir la sexualidad en forma desordenada. Por todos estos motivos la Iglesia Evangélica a la que pertenece “Jupiter” también participa de las manifestaciones “pro vida”, donde coinciden con la Iglesia Católica y los demás movimientos de la sociedad civil que están en contra de la AOE.

Las Iglesias Católica-Evangélica y los Movimientos en contra de la AOE cuentan con los siguientes recursos. “Recursos humanos” pudiendo convocar a miles de personas en sus manifestaciones. Recurso “jurídico” pues en el caso de la Iglesia Católica cuenta con el Concordato Iglesia Estado que les brinda un tratamiento particular. Recurso “organización”, normalmente su estructura orgánica es vertical y muy bien estructurada. Recurso “consenso” o confianza

de sus fieles o miembros en el caso de los movimientos. Recurso “tiempo” pues el periodo para renovar a sus autoridades es muy amplio. Tienen también una importante “infraestructura” o “patrimonio” propio. Y quizás de forma menos evidente, tienen “apoyo político” especialmente de partidos conservadores de derecha y “recursos económicos” provenientes de su patrimonio y de las donaciones de sus fieles o miembros.

### **E.Las ONGs y los movimientos de la sociedad civil a favor de la implementación de la AOE**

Las organizaciones de la sociedad civil referentes en la región Arequipa en temas de salud sexual y reproductiva son principalmente tres: El Foro Regional por los Derechos Sexuales y Reproductivos de Arequipa, la ONG Humanidad Libre y el Instituto Peruano de Paternidad Responsable INPPARES. Estas instituciones generalmente están organizadas bajo la figura de asociaciones sin fines de lucro u ONGs y trabajan por los derechos de la mujer y otros grupos vulnerables<sup>8</sup>.

Según la entrevista realizada al directivo de una de las organizaciones de la sociedad civil a favor de la implementación de la AOE con seudónimo “Neptuno”, el objetivo de su organización es promover la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres en la Región Arequipa. Para ello realizan actividades de incidencia política, promoción de la salud sexual y reproductiva y el fortalecimiento de las capacidades de los operadores de justicia, salud y de la población en general. Y el directivo de otra organización de la sociedad civil también a favor de la implementación de la AOE, con seudónimo “Mercurio”, señaló que la finalidad de su organización es la defensa, promoción y difusión de los derechos de las mujeres y de otras poblaciones vulnerables como la comunidad LGTBI.

---

<sup>8</sup> Las ONGs de Arequipa tienen relación con otras ONGs de alcance nacional como el “Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivo” PROMSEX de Lima. Así también, INPPARES cuenta con otras cuatro sedes: Tacna, Chiclayo, Chimbote y Lima. Todas estas organizaciones defienden los mismos planteamientos pero cada cual en su respectiva jurisdicción.

Las ONGs y los Movimientos a favor de la AOE cuentan con cinco recursos. La “fuerza” pues rápidamente pueden convocar o autoconvocarse para realizar acciones públicas de incidencia a favor o en defensa de sus derechos. “Recursos Humanos” pues cuentan con militantes y activistas comprometidos con su causa. “Recursos económicos” pues a través de sus ONGs pueden canalizar financiamiento para sus proyectos, más aún si están relacionados a la defensa de los derechos humanos. También cuentan con recursos de “información” pues realizan actividades de capacitación y formación en los temas que dominan. Y recurso “organización” pues están bien organizados.

#### **F. Los Usuarios y Usuaris de los Servicios de Planificación Familiar**

Sin duda el actor más importante en las políticas públicas de salud sexual y reproductiva es el usuario(a). Se caracterizan por ser la población objetivo de los servicios de planificación familiar como son: promoción, prevención, consejería y provisión de métodos anticonceptivos de todo tipo: píldoras, inyectables, dispositivos intrauterinos, incluida la anticoncepción oral de emergencia en los casos previstos en la norma.

En base a la información estadística proporcionada por la Oficina de Estadística de la Gerencia Regional de Salud de Arequipa, se puede señalar que el grupo etario que más se acerca a los servicios de planificación familiar como paciente nuevo, son las mujeres de 18 a 29 años de edad. Por su parte Romero (2007) revisa varios estudios para dar cuenta de las razones por las que las usuarias solicitan la AOE en los establecimientos. Romero explica que el 45-67% recurre a la AOE porque no cuenta con un método anticonceptivo regular, 25-28% lo hace porque el método de barrera utilizado falló y 7-14% lo hace por otros motivos como olvidó tomar sus píldoras o en casos de violación. De acuerdo a este autor, la mayoría de las usuarias que solicita AOE son menores de 25 años.

Es importante resaltar que los usuarios(as) reciben los insumos en forma completamente gratuita y sin ninguna restricción. Aún si fuera un paciente de

Essalud o que cuenta con seguro particular (EPS), tiene derecho a recibir en los establecimientos de salud del MINSA cualquier método anticonceptivo en forma gratuita.

Curiosamente, al hacer el análisis de los recursos con los que cuenta este actor se evidencia que es el que menos recursos posee. Podría contar con el recurso “fuerza” siempre que estuvieran organizadas, lo cual no es evidente. También podría contar con el “recurso jurídico” por la normativa nacional e internacional que reconoce como derecho el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, sin embargo, la falta de información y de apoyo político no les permite hacerlos valer. Contando únicamente con el “recurso humano”. No se ha podido identificar que cuenten con otro recurso.

La tipología de los actores y el análisis de los recursos con los que cuenta cada uno de ellos, se puede resumir en el cuadro que se muestra a continuación:

Cuadro No. 2  
Análisis de los recursos con los que cuentan los actores

No.	Recurso	Funcionarios	Técnicos	Personal de Salud (Obstetras)	Las Iglesias y Mov. en contra AOE	ONGs y Mov. a favor AOE	Usuaris finales
1	Fuerza			✓		✓	
2	Jurídico	✓		✓	✓		
3	Humanos	✓			✓	✓	✓
4	Economicos	✓			✓	✓	
5	Información		✓	✓		✓	
6	Organización		✓		✓	✓	
7	Consenso			✓	✓		
8	Infraestructura				✓		
9	Tiempo		✓		✓		
10	Apoyo Político	✓			✓		

Fuente: Entrevistas. Elaboración propia.

La interpretación del cuadro No. 2 se hace más evidente con el gráfico No. 3 que se muestra continuación:

Gráfico No. 3  
Recursos con los que cuentan los actores



Fuente: Entrevistas. Elaboración propia.

En el gráfico No. 3 se puede apreciar claramente que las Iglesias Católica-Evangélica y los movimientos en contra de la AOE son el actor que más recursos posee seguidos de las ONGs y los movimientos a favor de la AOE. Llama la atención también que los usuarios finales sean el actor que cuenta con menos recursos.

## 2.2 Las Dinámicas de los actores en torno a la implementación de la AOE

Luego de haber identificado a los actores y sus recursos, en el presente apartado se analizarán las fuerzas que los movilizan hacia un determinado fin, es decir, se analizarán los intereses y comportamientos de cada uno de ellos.

## **A. Dinámicas de los Funcionarios a cargo de la Gerencia Regional de Salud de Arequipa**

Como se mencionó, los Funcionarios son los responsables de implementar las estrategias sanitarias nacionales en las regiones, incluida la estrategia de salud sexual y reproductiva. Por lo mismo estarán en tensión permanente con los demás actores, ya sea que estén en contra de las políticas públicas que se van a implementar o a favor y que les exigen mayor rapidez y calidad en las medidas adoptadas.

Las dinámicas o intereses de los Funcionarios tienen un doble perfil: como expertos en salud pública y como políticos. Como expertos salubristas están convencidos de la importancia de la planificación familiar y la anticoncepción oral de emergencia para enfrentar el grave problema público del embarazo no deseado, el aborto inducido y la mortalidad materna, lo que expresaría su interés colectivo. Y como políticos calculan sus decisiones en relación al contexto político que enfrentan y que puede afectar positiva o negativamente al Gobernador Regional y de lo cual depende su permanencia en el cargo (interés personal), por lo que diseñan estrategias de intervención que cubran ambos frentes.

Los Funcionarios definieron la estrategia de implementación de la AOE en la Región Arequipa bajo una singular decisión: “para no levantar olas”, dado el contexto polémico que tenían enfrente y los antecedentes previos. Y es que siendo el actor Iglesia Católica-Evagélica y movimientos en contra de la AOE el que dispone de mayores recursos, era estratégico evitar la confrontación, optando de esta manera por una estrategia pasiva y sin acciones de difusión y visibilidad.

En conclusión, las dinámicas de los Funcionarios giran en torno a su convencimiento como salubristas de la importancia de las políticas públicas (interés colectivo) pero también gira en base al contexto político y a su

disposición para asumir los costos políticos de las decisiones que tomen (interés personal). Para los funcionarios entrevistados, los aspectos religiosos no son un aspecto determinante a la hora de cumplir sus funciones, pues siendo técnicos de alto nivel y con experiencia política, saben separar las creencias personales de la responsabilidad que ostentan, se trata más bien de un cálculo muy preciso a nivel político. En otras palabras, los funcionarios aprovecharon su “recurso político” pero sacrificaron o no hicieron uso de su recurso “jurídico”. La publicación de la Directiva Regional para la Implementación de la AOE hubiese sido justamente poner en juego su capacidad jurídica para emitir normas de alcance regional.

### **B. Dinámicas de los Técnicos Responsables de la Estrategia Sanitaria en Salud Sexual y Reproductiva en la Región Arequipa**

Los Técnicos cumplen un rol de “visagra” entre las normas y directivas que provienen del Ministerio de Salud de Lima o de los Funcionarios y el Personal de Salud que realiza la labor asistencial directamente con las pacientes. Los Técnicos no toman decisiones sobre las estrategias de implementación de las políticas públicas, más bien se responsabilizan porque estas se desarrollen conforme a los lineamientos establecidos. Por lo tanto, sus dinámicas están más relacionadas a coordinar la capacitación del personal de salud cada vez que surgen nuevas políticas o se modifican las anteriores, así como garantizar el permanente abastecimiento de los métodos anticonceptivos en los establecimientos de salud, incluida la anticoncepción oral de emergencia, en coordinación con la Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas (Diremid). También llevan registro y estadísticas sobre el trabajo que desarrollan en coordinación con la Oficina de Estadística e Informática. Y supervisan directamente el trabajo del personal de salud a cargo de la estrategia sanitaria en salud sexual y reproductiva en los establecimientos de salud, por lo que realizan continuos viajes a las provincias de la Región Arequipa, todas estas labores constituirían su interés colectivo.

Sin embargo, dado el contexto controvertido en la salud sexual y reproductiva en la región, los Técnicos optan por dedicarse al cabal cumplimiento de sus funciones pues siendo profesionales de carrera sus cargos se mantienen a largo plazo. En relación a la AOE, su interés personal es evitar el debate o confrontación con los otros actores ya sea que estén a favor o en contra de las políticas públicas, al contrario tienen buena relación con todos los actores que suelen recurrir a ellos en busca de información.

### **C. Dinámicas del Personal de Salud que asiste directamente a las pacientes en los establecimientos (Obstetras)**

La Obstetra es un actor clave para la implementación de la estrategia sanitaria en salud sexual y reproductiva pues atiende directamente a las pacientes, por lo que se hará un análisis más detallado de sus dinámicas. En cuanto a la planificación familiar, la obstetra brinda consejería, provee de los métodos anticonceptivos más apropiados y hace seguimiento a las pacientes. Su trabajo lo realizan en coordinación con los Técnicos de la Gerencia Regional de Salud y los directores de sus establecimientos de salud a quienes mantienen permanentemente informados. Las dinámicas de la Obstetra giran en torno a la satisfacción que brinda el ejercicio pleno de su profesión, muchas veces en zonas rurales y de extrema pobreza, lo cual constituiría su interés colectivo. Sin embargo, su preocupación también es cumplir con sus funciones y desarrollar una línea de carrera profesional, para lo cual deben evitar situaciones o errores que puedan implicar reclamos o quejas hacia el establecimiento de salud, lo que constituiría su interés personal y que también explicaría su temor a entregar el AOE a menores de edad que no vienen acompañadas de sus progenitores por los conflictos que se pudieran suscitar.

De las entrevistas realizadas a obstetras se ha evidenciado que sus dinámicas no son homogéneas, existen obstetras a favor de la distribución del AOE y otras que tienen resistencias a su implementación por causas relacionadas al interés personal descrito en el párrafo anterior. Por ejemplo, algunas obstetras no estarían dispuestas a entregar la AOE porque si la entregan luego tendrán

que llenar diversos formatos lo cual recarga su trabajo y les resta tiempo para sus demás funciones. La obstetra con seudónimo “Girasol” expresó su preocupación al respecto pues conoce de casos donde las mismas obstetras del centro de salud mandaron a las pacientes a comprar el Levonorgestrel a las boticas particulares que están al frente del establecimiento de salud para evitar llenar los formatos. Esta situación se relaciona con lo señalado por la Obstetra con seudónimo “Azucena” que pertenece a otro establecimiento de salud, pero que indica que al inicio el procedimiento para entregar la AOE era muy burocrático y debían elaborar muchos informes. Un segundo factor que desincentiva a las Obstetras a entregar el AOE es cierto temor a ser cuestionadas legalmente más adelante, en particular cuando la usuaria que requiere la AOE es una adolescente entre 14 y 17 años que no está acompañada de alguno de sus padres o apoderados. Así las obstetras “Lirio” y “Tulipan” señalan que sólo se debe entregar AOE a adolescentes de 14 años si vienen acompañadas de un familiar adulto. Mientras que las obstetras “Girasol”, “Clavel” y “Azucena” refieren que sí se les debe entregar a las adolescentes de 14 años aunque vengan solas pues la última norma lo contempla. La Obstetra con seudónimo “Girasol” precisó que estos dos puntos de vista diferentes revela un desconocimiento de la norma técnica actual donde queda claramente establecido que a cualquier adolescente mayor de 14 años que acude al establecimiento de salud en busca de planificación familiar, se le debe ofrecer todos los servicios<sup>9</sup>.

Así también se evidenció que se cuenta con obstetras muy dedicadas en la atención a las pacientes a quienes brindan consejería y entregan los métodos de planificación familiar más apropiados, brindan confianza a las usuarias y hacen el esfuerzo de atenderlas incluso fuera de sus horarios habituales o través de visitas domiciliarias de seguimiento cuando no llegan a su cita programada. En este caso se evidencia que el interés colectivo de la Obstetra es lo que prima.

---

<sup>9</sup> Norma Técnica de Planificación Familiar No. 124-2016-MINSA-V.01

#### **D. Dinámicas de las Iglesias Católica-Evangélica y los Movimientos de la sociedad civil en contra de la implementación de la AOE**

Los representantes de la Iglesia Católica que se han manifestado en contra de la implementación de la AOE, se basan en lo que se denomina el respeto a la vida del concebido desde el momento de su fecundación. Las más altas autoridades de la Iglesia Católica han expresado públicamente su rechazo a la AOE por considerarla abortiva. Este planteamiento es respaldado por diferentes movimientos de la sociedad civil en Arequipa: Asociación Médicos por la Vida, Asociación Pro Mujer y Derechos Humanos, Asociación Salvemos a las Dos, agrupación Jóvenes por la Vida, entre otros.

Así mismo, las Iglesias Católica-Evangélica y los Movimientos de la sociedad civil en contra de la AOE presentan posturas coincidentes, por ejemplo, dichas organizaciones participan en las marchas "Pro Vida". Sin embargo, las coincidencias con la Iglesia Evangélica son más de forma y no totalmente de fondo. De esta manera, al preguntar a sus representantes si recomendarían la continuidad o suspensión de la anticoncepción oral de emergencia a través de los hospitales públicos en la región Arequipa, el representante de uno de los movimientos Pro-Vida con seudónimo "Saturno", contestó claramente: "yo recomendaría su suspensión por los fundamentos antes mencionados", en referencia al principio de respeto irrestricto a la vida. Sin embargo, al plantearle la misma pregunta al Pastor evangélico con seudónimo "Júpiter", respondió: "recomendaría su regulación, una regulación más clara y más ajustada a lo científico".

Por otro lado, las dinámicas de la Iglesia Católica y los movimientos "pro vida" consisten en difundir el concepto de la defensa de la vida a través de pronunciamientos públicos, conferencias de prensa y marchas ciudadanas de

gran convocatoria. La “Marcha Por la Vida 2018” que se llevó a cabo el 5 de mayo, fue organizada por el Arzobispado de Lima y contó con la presencia de las principales autoridades de la Iglesia Católica como: El Nuncio Apostólico, El Cardenal Juan Luis Cipriani y El Presidente de la Conferencia Episcopal del Perú. Es de resaltar que este actor es el que más recursos posee como se señaló en la tipología de los actores y esto explicaría la fuerte influencia que tiene sobre la sociedad y la política. Las dinámicas de la Iglesia Evangélica son menos visibles, consiste en la educación permanente de sus miembros y la formación de jóvenes que tienen aspiraciones políticas, además de participar en manifestaciones por la vida, todo esto “para expresar el sentir de muchas personas que no son conflictivas”, señaló el Pastor con seudónimo “Júpiter”.

Dado que es la Iglesia Católica y los movimientos Pro Vida son los que han realizado acciones públicas en contra de la implementación de la AOE, me parece conveniente analizar en forma más detallada su posición. No sin antes precisar que la Iglesia Evangélica no realizó acciones públicas en contra de la AOE. De esta manera, el pronunciamiento emitido por la Asociación Médicos por la Vida expresa con mucho detalle sus principales argumentos:

“cualquier acción o elemento que tenga como consecuencia el daño directo del concebido o impida su implantación en el endometrio, causa un aborto y provoca la muerte de una persona humana”.

La entrevista realizada al representante de uno de los movimientos “Pro-Vida” con seudónimo “Saturno” permitió explicar sus puntos de vista. “Saturno” señala que promueven el principio inalienable e irrestricto a la vida, en especial a la vida del recién concebido, quien es sujeto de derecho desde su fecundación. Por lo tanto, el uso de la AOE a la que considera abortiva, no se justificaría en ninguna circunstancia, tampoco en casos de violación sexual pues el concebido ya cuenta con un código genético único. Desde su perspectiva: “poner excepciones al principio a la vida sería decir que en

algunos casos tengo derecho a matar”. Adicionalmente, “Saturno” refiere que la anticoncepción oral de emergencia “no tiene sustento epidemiológico, científico ni ético”. Por el contrario, señala, lo que se debe fomentar es la educación sexual integral, dado que somos seres sexuados y la sexualidad se manifiesta de diferentes formas. “No se puede reducir la sexualidad al aparato reproductor” remarcó “Saturno”. Con un tenor muy similar al pronunciamiento de la Asociación Médicos por la Vida, se emitieron los pronunciamientos de las otras organizaciones Pro Vida con respecto a la implementación de la AOE en la región Arequipa.

#### **E. Dinámicas de las ONGs y los Movimientos de la sociedad civil a favor de la implementación de la AOE**

Las organizaciones a favor de la implementación de la AOE son ONGs que defienden los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y de otros grupos vulnerables como la comunidad LGTB. Este actor entró en escena recientemente pero con mucha fuerza pues sus dinámicas generan nuevas corrientes de opinión. Estos grupos mayormente están integrados por mujeres con convicciones profundas de reivindicación de sus derechos y como informó una de sus representantes con seudónimo “Neptuno”, las actividades que realizan son: talleres de formación para promover la salud sexual y reproductiva entre la población; talleres para fortalecer las capacidades de operadores de justicia y de salud, así como otras acciones de incidencia política a nivel regional; lo cual constituiría su interés colectivo.

Del análisis realizado a las dinámicas de las ONGs y movimientos a favor de la AOE, se aprecia que es el actor que mejor utiliza sus recursos pues está enfocado en la prevención, les interesa también desarrollar proyectos con impacto social y justificar adecuadamente el apoyo que reciben de la cooperación internacional, garantizando también con esto su sostenibilidad como ONGs, siendo este su interés individual. Finalmente, es el actor que hace de contrapeso a la Iglesia Católica y a los movimientos en contra de la AOE.

## **F. Dinámica de las Usuarias de los Servicios de Planificación Familiar**

Las usuarias de los servicios de planificación familiar son las mujeres en edad fértil que requieren orientación y provisión de métodos anticonceptivos. Siendo las mujeres de 18 a 29 años quienes registran mayor frecuencia de uso seguidas de las mujeres de 30 a 59 años. Sin embargo, su idiosincrasia es muy diversa, tanto en educación, cultura, religión, zona urbana o rural, población del lugar o migrante, etc. En cada establecimiento de salud, las obstetras ven la mejor forma de acondicionar los servicios que se ofrecen a los requerimientos de la población. Por lo que las dinámicas de las usuarias giran en torno a las siguientes situaciones: por un lado no es fácil para las usuarias acudir periódicamente a los establecimientos de salud a recoger sus métodos anticonceptivos pues la mayoría trabaja o tiene ocupaciones en casa y no pueden ausentarse frecuentemente. Se han presentado casos en los que abandonan las consejerías e incluso faltan a recoger sus anticonceptivos. Una segunda dinámica que aleja a las usuarias de los establecimientos de salud es la vergüenza e incluso culpabilidad que podrían sentir al exponer su vida íntima ante el personal de salud, corriendo el riesgo además de encontrarse con algún vecino, familiar o conocido que se percate de su situación, en especial cuando se trata de solicitar la AOE y más aún cuando son adolescentes. Siendo más práctico adquirir la AOE en las farmacias y boticas privadas donde no les preguntarán nada y se los venderán con o sin receta médica, pero sin el debido análisis clínico, lo cual puede ser contraproducente. Finalmente, un tercer factor que no favorece que las mujeres se acerquen al centro de salud es la falta de difusión de los servicios que brinda el Ministerio de Salud aunado al desabastecimiento de algunos métodos anticonceptivos.

Existe coincidencia entre las obstetras y los representantes de la sociedad civil en que la población que más necesita los servicios de planificación familiar son las adolescentes entre 14 y 18 años, sin embargo, es la población que se encuentra más desatendida por el Estado pese a que existe normatividad al respecto. En la práctica, son pocas las adolescentes que se acercan a los establecimientos de salud con fines preventivos o a solicitar consejería, lo usual

es que lleguen cuando ya están embarazadas, luego a los controles prenatales y al momento del parto.

Se debe resaltar que este actor, pese a ser el más importante de las políticas públicas, es el que cuenta con menos recursos para hacer valer sus intereses, en especial, las adolescentes.

Finalmente, para terminar el análisis de las dinámicas de los actores, se puede precisar que existe un punto de encuentro entre los Funcionarios, los Técnicos, el Personal de Salud, las Iglesias Católica-Evangélica y los Movimientos en contra de la AOE y las ONGs y los Movimientos a favor de la AOE. Este punto de encuentro es la preocupación por el bien común, por la otra persona o por la humanidad si se quiere decir de alguna manera. A diferencia de otras personas u organizaciones que sólo se interesan por su beneficio propio, todos estos actores realmente están preocupados por el desarrollo de la sociedad, sin embargo, las formas de entender lo que es bueno para la sociedad no son iguales.

### **2.3 Perspectivas de los actores a la luz de la teoría sobre biopolítica**

Para comprender el concepto de biopolítica es indispensable recurrir a los planteamientos dados por Michel Foucault en el “Curso en el College de France” (1978-1979), titulado “Nacimiento de la Biopolítica”. Desde la perspectiva de Foucault (2007), la sociedad controla a los individuos de diversas maneras por ejemplo a través de la ideología, pero realmente lo que requiere es llegar a controlar el cuerpo de los individuos, por lo que el cuerpo se convierte en una entidad de biopolítica. No obstante, el significado que Foucault da a la biopolítica es muy amplio y denso. Diversos autores han seguido debatiendo sobre la biopolítica de Foucault. A continuación se presentan algunos de los principales aportes de biopolítica expuestos por diversos autores, a la vez que se aplican a nuestro tema de investigación.

Figueroa (2010) señala que Michel Foucault demostró el paso hacia una nueva forma de configurar el poder que surgió en las sociedades modernas y a lo que denominó “Gubernamentalidad”. La Gubernamentalidad es el arte de gobernar predominante en las democracias actuales, que se basan en la racionalidad del neoliberalismo. Por su parte, Martínez (2017) señala que la “población” es el concepto puente para relacionar Gubernamentalidad con biopolítica. También señala que para Foucault existen tres tipos de gobierno y que están en relación a tres ciencias: el gobierno de si mismo que refiere a la moral, el gobierno de la familia que refiere a la economía y el gobierno de una población que refiere a la política. Sin embargo, el principal de los tres es la economía, lo cual se incorporó en la gestión del Estado. Por consiguiente, el arte de gobernar es el arte de ejercer poder según el modelo de la economía. Esto cobra especial relevancia cuando se analiza la implementación de la AOE en el Perú y en Arequipa. Nótese que si bien la implementación de la AOE fue cuestionada desde el año 2001 y a lo largo de quince años se denunció constitucionalmente a tres ministros de salud por intentar implementarla en los establecimientos de salud públicos. La AOE estuvo a la venta en el Perú desde el año 2000 a través de farmacias y boticas privadas y nunca se cuestionó su comercialización. Motivo por el cual las ONGs que defienden los derechos de las mujeres señalaron que esto constituía inequidad en el acceso a los servicios de salud pues mientras mujeres con recursos podían acceder a la AOE, mujeres de escasos recursos no podían hacerlo. En el caso Colombiano que se expuso en el capítulo 1 no ocurrió esta situación, el Estado restringió la comercialización del Postinor 2 tanto en el sector público como en el privado. ¿Cómo explicar lo que pasó en el Perú?... la respuesta nos la da el concepto de biopolítica, queda claro que en una economía neoliberal como la peruana, el arte de gobernar es el mercado. Si el Levonorgestrel se vendía en el mercado y tributaba, no causaba mayor polémica, pero si se pretendía distribuir gratuitamente en los hospitales públicos, entonces era cuestionada drásticamente. Y es que en esta lógica Gubernamentalizada, el mercado parece decir lo que es correcto y marca la diferencia.

Otro concepto importante para entender la biopolítica es el gobierno de la “población” y esta remite a otras variables de interés como la gestión de los nacimientos, muertes, enfermedades, etc. Pero la base de la población es la sexualidad. Martínez (2017) siguiendo a Foucault, señala que el sexo no escapa al poder político gubernamentalizado. De esta manera, el Estado se interesa por el sexo por dos razones: primero, es la base de la pirámide poblacional y segundo, el saber sobre el sexo es saber sobre la conciencia de una persona, siendo la conciencia a donde quiere llegar el poder en última instancia. Esta preocupación del Estado gubernamentalizado por la sexualidad de la población, reviste especial interés para la presente investigación. ¿Por qué el Estado peruano demoró quince años en implementar la AOE para la población pobre, a través de los hospitales públicos del MINSA? Foucault señala sobre el capitalismo que: “no pudo afirmarse sino al precio de la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y mediante un ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos” (Foucault, 1996:170). Siguiendo la línea de análisis de Foucault, me atrevo a dar una respuesta. En el contexto económico neoliberal actual y si el sexo no escapa al poder político gubernamentalizado, no le convendría al mercado que la población de escasos recursos económicos disminuya su natalidad pues esto traería consigo dos consecuencias, a corto y largo plazo. A corto plazo, menos hijos, menor consumo de bienes y servicios por parte de las familias. A largo plazo, menor disponibilidad de mano de obra para el capital y que presionaría hacia el alza de los salarios. Estas respuestas podrían corroborarse en un estudio sobre las políticas de población que se han venido implementando en el Perú, lo cual sería materia de otra investigación.

Benavente (2017) siguiendo a Roberto Espocito, uno de los principales seguidores de Foucault, señala que otro de los conceptos importantes para comprender la biopolítica es la noción de “inmunidad” y que explica muy bien la relación entre la protección de la vida y la generación de muerte. Al respecto Foucault (1976) hacía recordar que uno de los privilegios del poder soberano era el derecho de vida y de muerte sobre sus súbditos y que se formulaba de la

siguiente manera: “derecho de hacer morir o de dejar vivir”. Sin embargo, ya en el siglo XIX, este derecho se replanteó de manera inversa, como “derecho de hacer vivir o de dejar morir”, lo cual era un avance pero seguía presente la contradicción y es que en nombre de la vida se hace presente la muerte. Foucault pone como ejemplo las matanzas realizadas por el Estado Nazi y que se hicieron para proteger la vida, la salud y la raza del pueblo alemán, siendo el racismo el criterio entre lo que debe vivir y lo que debe morir. Y postula además un serio cuestionamiento, señala que la racionalidad biopolítica que funciona en los Estados democráticos modernos guarda numerosos parecidos con la articulada por el Estado Nazi. La pregunta de fondo es ¿cómo una política de vida puede convertirse en una política de muerte?.. es decir, ¿cómo la biopolítica puede convertirse en tanatopolítica?. Para comprender esta compleja relación surge el paradigma inmunitario: “la relación entre protección y negación de la vida” (Esposito 2005: 17). Es decir, la vida combate aquello que la daña, pero para hacerlo no la enfrenta sino que la neutraliza mediante su inclusión, es exactamente como funciona una vacuna, para evitar una enfermedad que nos puede matar, incluimos una parte de dicha bacteria en nuestro cuerpo para neutralizarla. Aplicando este concepto a la presente investigación, puedo señalar que el paradigma inmunitario también está presente en la implementación de la AOE en Arequipa. Me refiero a lo planteado por los integrantes de la sociedad civil que estaban en contra de la AOE, donde señalaron que el uso de la AOE no se justificaba en ninguna circunstancia, tampoco en casos de violación de sexual, y esto por el principio irrestricto de respeto a la vida. En este caso está presente la vida del posible concebido que se debe “hacer vivir”. Pero también está presente la muerte de una mujer que habiendo sido abusada sexualmente y teniendo el riesgo de quedar embarazada, no reciba la AOE y valore la posibilidad de abortar en forma clandestina y se la “deje morir” en el intento. Compleja situación en la que están presentes la vida y la muerte. Más en este caso, me pregunto, si la AOE podría ser la vacuna que surta de efecto inmunizador?

Por otro lado, Martínez (2017) señala que en el contexto general de la biopolítica, se ve al Estado como una institución política inspirada en el “pastoreo” cristiano, que por un lado trazó un nuevo horizonte ético y por otro, ejerce poder pastoral sobre ciudadanos apoyándose en una recategorización política de la medicina. Martínez citando a Foucault, señala que haber asociado la relación ciudad a ciudadano como pastor a su rebaño, que hoy en día se llama Estado Moderno, genera distorsiones de inicio en el ejercicio del poder. Se precisa también que el Estado empezó a preocuparse por la salud para cuidar la fuerza física de los ciudadanos y esto por dos motivos: para que sean más productivos y por fines militares, de esta manera surge la preocupación del Estado por el cuerpo de los ciudadanos. Y poco a poco el concepto de la salud reemplazó al de la salvación. En la perspectiva de este autor, la ciencia médica surge como un nuevo poder desde el cual también se podría ejercer control social y normalización de las poblaciones.

Finalmente, Arcos (2017) escribe sobre feminismo y lo que denomina biopolítica de lo materno. En este análisis, cuestiona la lógica biopolítica actual que regula y racionaliza la procreación a favor de la patria, es decir, estatiza lo materno. Arcos identifica la atribución del Estado para: “administrar la vida de las mujeres” pues son las mujeres quienes “favorecen la fecundidad y equilibrio de la población” (Arcos, 2017: 30) además de reproducir mano de obra para el capital, sostiene. Desde la perspectiva de esta autora, existe una relación significativa entre mujeres y madres del Estado, así como, entre nación y nacimientos pues la palabra nación deriva del vocablo latino natío, que significa nacer. Es decir, “la nación definiría el cuerpo en que todos los nacimientos se conectan, una unidad parental que se extiende hasta los límites territoriales del Estado” (Arcos, 2017:36). Por lo tanto, señala Arcos, se debe denunciar al poder que calcula la vida en términos del interés nacional.

La revisión de los aportes de los autores presentados, permiten concluir que la biopolítica brinda un marco de análisis actual y novedoso para interpretar las políticas públicas. Y adicionalmente a lo ya mencionado, este concepto es útil

también para analizar las perspectivas de los actores involucrados en la implementación de la AOE en Arequipa, es decir, para analizar la ideología que estaría detrás de sus dinámicas, muchas veces de forma inconsciente o confusa. En términos biopolíticos, se puede afirmar que los actores que están en contra de la implementación de la AOE, más allá de su defensa por la vida que es evidente y respetable, pretenderían también controlar el comportamiento especialmente de las mujeres en el ejercicio de su sexualidad, es decir, pretenden controlar “el cuerpo”. Por ejemplo el personal que se niega a entregar la AOE por temor a que se promueva la promiscuidad, en el fondo quiere controlar o regular la vida sexual de otras mujeres. Mientras que los actores a favor de la anticoncepción oral de emergencia más allá de su evidente defensa de los derechos humanos, lo que pretenden es eliminar todo tipo de control sobre la vida y el cuerpo de las mujeres y dotarla de autonomía para ejercer libremente sus derechos sexuales y reproductivos. Nótese que pudiendo decidir sobre su rol reproductivo, las mujeres están en mejores condiciones para desarrollar todas sus demás capacidades.

De esta manera y bajo un análisis biopolítico, se puede realizar una segunda tipificación de actores, más profunda y por lo mismo más útil para identificar las correlaciones de fuerzas. Mujica (2009) explica que en el Perú con los derechos sexuales y reproductivos surge también un debate social entre los grupos pro-derechos humanos<sup>10</sup> que apuestan por la democracia moderna y tienen una visión del ser humano como una persona autónoma y responsable. Y los grupos conservadores pro-vida<sup>11</sup>, que son principalmente grupos religiosos relacionados a la Iglesia, con intereses ligados también a la ciencia y a la política. En el caso de la anticoncepción oral de emergencia en la región Arequipa y utilizando las categorías de Mujica, se podría clasificar a los actores según sus perspectivas. Así, podemos identificar con cierta claridad aquellas

---

<sup>10</sup> Grupos pro-derechos, son ese grupo de actores sociales que nacen en el contexto de defensa de su derecho a elegir, así como el derecho a su autonomía.

<sup>11</sup> Grupos pro-vida, son grupos religiosos o íntimamente relacionados con la iglesia y que han desarrollado agrupaciones “civiles” (activismo conservador).

organizaciones que estarían dentro de los grupos pro-derechos humanos y aquellos que estarían dentro de los grupos pro-vida. Con la salvedad que dicha clasificación no sería estática pues cambiaría según cambian las personas de perspectiva durante su vida, lo cual se ajusta a la realidad.

Los Funcionarios responsables de la implementación del AOE en la Región Arequipa estarían dentro de la categoría pro-derechos, pues en su condición de técnicos salubristas fortalecen el enfoque de derechos que el Ministerio de Salud y la Organización Mundial de la Salud también sustentan. Adicionalmente, se puede resaltar que en la entrevista realizada al Funcionario con seudónimo “Marañón”, al preguntarle la razón por la que la AOE había generado polémica en la sociedad arequipeña, respondió: “porque somos una sociedad reprimida”. Mientras que, el Funcionario con Seudónimo “Misti” señaló que el objetivo principal de la política de planificación familiar es mejorar el estándar de vida de la mujer. Ambas respuestas permiten deducir la inclinación de los Funcionarios hacia la autonomía y el respeto de los derechos de las personas.

Los Técnicos tratan de guardar cierta neutralidad frente a los temas polémicos pero uno de los técnicos entrevistados se inclinó más por una postura pro-derechos y otro se inclinó más por una postura pro-vida. El primer Técnico entrevistado con seudónimo “Amazonas” señaló que el objetivo principal de la política de planificación familiar es que las personas logren su ideal reproductivo. Mientras el segundo Técnico entrevistado con seudónimo “Ucayali” refirió que en el huevo fecundado ya hay vida y que en su opinión, la anticoncepción oral de emergencia impide la anidación del huevo fecundado en el endometrio.

En cuanto al personal de salud, es decir, en cuanto a las Obstetras responsables de la estrategia de planificación familiar, se puede apreciar que están claramente divididas, pues aunque la Norma Técnica precisa que todo el

personal de salud debe cumplir las normas sin poder argumentar objeción de conciencia; el conflicto moral puede permanecer interiormente.

Del análisis realizado se puede identificar a obstetras pro-derechos, preocupadas porque se respete el derecho de las usuarias al acceso de los diferentes métodos anticonceptivos. Y Obstetras pro-vida, con una forma de pensar más conservadora que les causa indisposición al momento de entregar la AOE. En este sentido la obstetra con seudónimo "Girasol" señaló que conoce a obstetras de su establecimiento con más años de antigüedad que ella que no entregan la AOE por motivos conservadores, más aún si se trata de adolescentes, pues piensan que se fomentará la promiscuidad y las pacientes harán uso indiscriminado de la AOE; refirió también que de su equipo de trabajo conformado por 11 Obstetras, 5 estarían incurriendo en dicha conducta.

Como se mencionó anteriormente, el personal de obstetricia está en contacto directo con las usuarias de los servicios y deben ajustar los lineamientos de la política a la realidad e idiosincrasia de la población objetivo. La obstetra también realiza el análisis clínico para determinar si la paciente puede utilizar un determinado método anticonceptivo. Por ejemplo, la obstetra a la que me referiré con el seudónimo de "Geranio" señala que si una paciente tiene cáncer mamario y decide elegir un método anticonceptivo hormonal, está en obligación de informarle que dicho método no es conveniente para su salud, de igual manera si la paciente estuviera tomando otros fármacos contraindicados con ciertos métodos anticonceptivos. La obstetra con seudónimo "Girasol" define con claridad la labor que cumplen con respecto a la provisión de métodos anticonceptivos, y señala que su función es: "guiar a las usuarias en la elección del método anticonceptivo, sin imponer ni vulnerar su derecho a elegir", lo cual correspondería a una visión pro-derechos.

El rol de la obstetra se torna incluso más relevante al momento de valorar la necesidad de la AOE. Las nueve obstetras entrevistadas señalaron que sólo se entrega la AOE en las siguientes circunstancias: cuando el método tradicional

falló (el codón se rompió o se olvidó de tomar las pastillas anticonceptivas); ante una relación sexual no planificada o sin protección en días de riesgo; y ante una situación de abuso sexual. Así mismo todas las obstetras entrevistadas expresaron que la AOE principalmente evita la ovulación y no tiene un efecto abortivo. La Obstetra a la que me referiré con el seudónimo de “Tulipan” señala que: “de tomarse el AOE en forma tardía, no evitará el embarazo y este continuará, incluso la carga hormonal del AOE será como “vitaminas para el embarazo”. Lo cual coincide con la versión de la obstetra “Geranio”, quien mencionó que: “la hormona tomada en forma tardía acentuará el embarazo”.

Por todo lo antes mencionado, se observa similitud en la información técnica que manejan las obstetras con respecto a los métodos anticonceptivos y en particular sobre el uso y efectos colaterales de la AOE. Sin embargo y como se explicó anteriormente, las dinámicas de las obstetras no son homogéneas y esto se explicaría por sus diferentes perspectivas: pro-derechos o pro-vida.

Por otro lado y según las entrevistas realizadas a organizaciones de la sociedad civil que vienen trabajando el tema de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en la Región Arequipa, el directivo de una de las organizaciones con seudónimo “Neptuno” menciona que habría resistencia de parte de algunas Obstetras en la distribución de la AOE a las pacientes. Pese a que la Norma Técnica señala que el personal de salud está obligado a entregar cualquier método anticonceptivo que necesiten las usuarias, incluido el AOE. Existirían Obstetras que por no estar bien informadas o por posturas personales, no estarían siendo imparciales, sostiene.

En la Sociedad Civil es donde se encuentran las posiciones más contradictorias en la forma de entender la anticoncepción oral de emergencia. Por un lado están las ONGs y movimientos feministas que defienden los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, claramente identificadas con el grupo pro-derechos. Pero también existen diversos movimientos y asociaciones cercanos

a la Iglesia Católica claramente identificados con el grupo pro- vida, que no aceptan el uso de la AOE en ninguna circunstancia e incluso recomiendan su suspensión. Y la Iglesia evangélica, con una postura pro-vida pero cuyo representante con seudónimo “Júpiter” no recomendaría la suspensión de la AOE sino su regulación.



### **CAPÍTULO 3:**

#### **“SI BIEN EL PROBLEMA PÚBLICO LO ORIGINAN VARONES Y MUJERES, LAS CONSECUENCIAS SÓLO LAS PADECEN ELLAS”: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN AREQUIPA**

En el presente capítulo se brindan las claves teóricas para el análisis de las políticas públicas y se determinan los resultados directos e indirectos del proceso de implementación de la AOE en Arequipa. Los resultados directos (outputs) se medirán en términos de la disponibilidad de AOE en los establecimientos de salud y en los tratamientos entregados a la población desde agosto 2016. Los resultados indirectos (impactos y efectos) se medirán a través de la evolución de tres variables de interés: el embarazo no deseado, los abortos y las muertes maternas en Arequipa, durante el periodo 2015-2017

#### **3.1 Perspectivas teóricas y claves para el análisis de las políticas públicas**

Subirats (2008) reconoce hasta tres escuelas de análisis de políticas públicas en la actualidad: la primera escuela pone énfasis en la Teoría del Estado e incluye a su vez tres enfoques. El primer enfoque postula que el Estado funciona como una “ventanilla” y la política pública surge como respuesta a una demanda social expresada formalmente, por lo que si no existe una política pública es porque nunca se presentó un pedido en “ventanilla” y por lo tanto no existe problema público que resolver. El segundo enfoque es el neomarxista y considera que el Estado es un instrumento al servicio de una clase social por lo que una demanda social sólo se convierte en problema público si es conveniente a los intereses de la clase social dominante. Y el tercer enfoque pone énfasis en la distribución de poder entre los actores y sus interacciones y postula que los servidores públicos están congraciados con ciertos actores porque les aseguran privilegios.

La segunda escuela de análisis de políticas públicas pone énfasis en comprender la lógica de la acción pública para comprender el funcionamiento general del Estado. En esta escuela se enmarcan hasta cuatro puntos de vista

diferentes: el primero analiza el proceso de toma de decisiones, el segundo estudia las herramientas e instrumentos utilizados en la intervención pública, el tercero prioriza el estudio de los procedimientos y la estructura de la administración pública, mientras que el cuarto aborda los marcos normativos y cognitivos como medio para interpretar la realidad.

La tercera escuela de análisis de políticas públicas se basa en la “evaluación”, principalmente de los efectos directos e indirectos de la acción pública, lo cual podría abordarse desde dos enfoques. Por un lado el desarrollo de metodología y herramientas para realizar la evaluación y por otro lado el proceso de evaluación y la mejora continúa.

Subirats (2008) no recomienda situarse en ninguna de las tres corrientes de análisis de políticas públicas sino más bien considerar los principales aportes de cada una de ellas. La presente investigación se basa en el modelo de análisis de políticas públicas desarrollado por Subirats y que se basa en la segunda y tercera corriente, al que se le conoce como “institucionalismo centrado en los actores”. Es decir, se estudian los recursos, intereses, dinámicas, estrategias y perspectivas de los actores al analizar la implementación de la AOE en la Región Arequipa. Este énfasis en estudiar las acciones de los actores es porque se conoce que pese a que la política pública cuenta con buen marco normativo, los actores públicos o privados tienen margen de acción suficiente para influir en la implementación de las políticas públicas y utilizarlas para la consecución de sus propios fines.

A continuación se realizará una revisión y aplicación de los conceptos planteados en el modelo de Subirats y que me aportó tres claves para el análisis y la evaluación de la implementación de la AOE en la Región Arequipa:

Primera clave, comprender que el problema público es una construcción social y política que se debe definir apropiadamente si se desea enfrentar y en la

medida de lo posible, “solucionar”. En el caso de la presente investigación se tuvo que precisar adecuadamente el problema público que se intenta mejorar con la política pública de planificación familiar y más precisamente con la AOE en Arequipa, determinándose que el problema público es el “embarazo no deseado”. Por este motivo, se dedicó el capítulo 1 de la presente investigación a conocer en profundidad la situación actual del embarazo no deseado en el Perú y sus principales consecuencias, como son el aborto inducido y la mortalidad materna. Definir adecuadamente el problema público fue clave también para poder medir los resultados de la implementación de la AOE en Arequipa.

Segunda clave. Comprender que la Política Pública es la respuesta desarrollada por el Estado para resolver un problema público. Si bien teóricamente existen múltiples definiciones de política pública y ya para 1980 se contaba con 40 de ellas. Era necesaria una definición operacional que facilite el análisis de las políticas públicas. Subirats (2008) propone una definición analítica que es la que se utilizará en la presente investigación. Así, la política pública:

“es una serie de decisiones o de acciones, intencionalmente coherentes, tomadas por diferentes actores, públicos o a veces no públicos; cuyos recursos, nexos institucionales e intereses varían a fin de resolver de manera puntual un problema políticamente definido como colectivo. Este conjunto de decisiones y acciones... tienden a modificar la conducta de grupos sociales que, se supone, originaron el problema colectivo a resolver (grupo objetivo), en el interés de grupos sociales que padecen los efectos negativos del problema en cuestión (beneficiarios finales)” (Subirats, 2008: 38).

Si se aplica dicha definición a la política pública de planificación familiar, tendríamos que identificar cuál es el grupo objetivo de la política pública. La Norma Técnica de Planificación Familiar vigente<sup>12</sup>, señala que las actividades de planificación familiar están dirigidas a mujeres y hombres en edad fértil. Sin embargo, si nos introducimos en el análisis, el problema público del embarazo no deseado afecta principalmente a la población joven y como señalaron

<sup>12</sup> NTS 124-MINSA/DGIESP-V.01

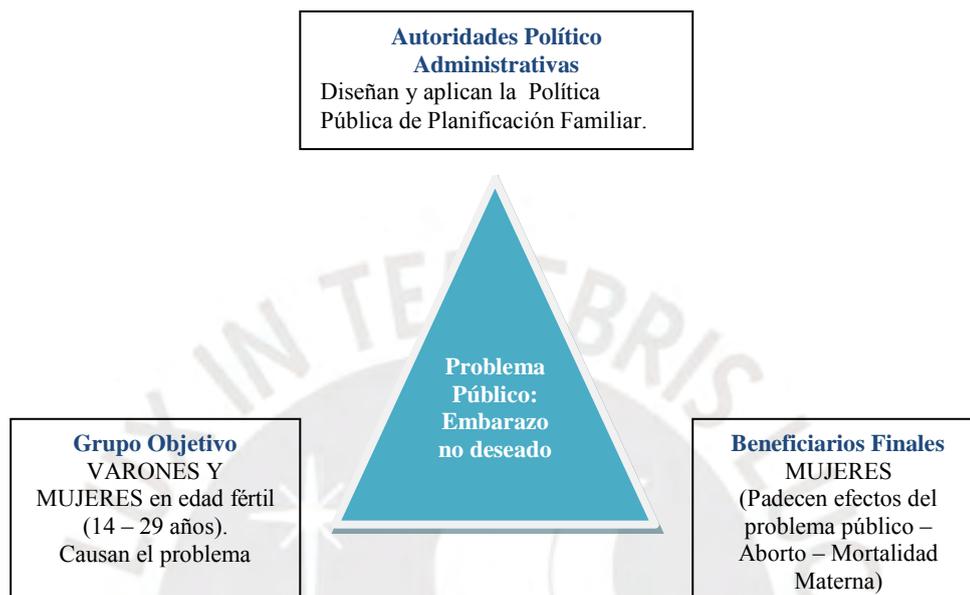
algunas obstetras entrevistadas, las adolescentes son quienes más apoyo necesitan. Así mismo y según las estadísticas 2017 de la Gerencia Regional de Salud de Arequipa, los principales usuarios de los servicios de planificación familiar son menores de 29 años. Y según Romero (2007) la mayoría de las usuarias que solicitan AOE en los establecimientos de salud son menores de 25 años. Por lo que y para efectos del presente análisis, consideraré a la población entre 14 y 29 años como el “grupo objetivo” de la política de planificación familiar. En consecuencia, dicho grupo objetivo incluye a mujeres y varones, ambos en igualdad de condiciones y responsabilidades, cuya conducta debería modificarse para evitar o “resolver” el problema público del embarazo no deseado, pues se supone, que ellos son los que lo causan.

Surge entonces una segunda pregunta, ¿quiénes son los beneficiarios finales de la política de planificación familiar?. Esto no lo precisa la norma técnica vigente. Sin embargo, Subirats (2008) señala que los beneficiarios finales de la política pública son los grupos sociales que padecen los efectos del problema público. Dado que el problema público del embarazo no deseado conlleva al aborto clandestino y en sus complicaciones a la mortalidad materna, puedo concluir que las beneficiarias finales de las políticas públicas de planificación familiar son las mujeres. Lo cual es coherente con los postulados de las ONGs y movimientos feministas de la sociedad civil que demandan al Estado la implementación de las políticas públicas en planificación familiar, pues son ellas las principales afectadas y las que sufren los efectos del problema público no atendido.

Como se puede apreciar, el aporte de esta segunda clave para la presente investigación ha sido fundamental para identificar al grupo objetivo y a los beneficiarios finales de la política pública. Y para mayor comprensión, se representa en el gráfico No. 4:

#### GRAFICO No. 4

#### Definición Operacional de la Política Pública de Planificación Familiar



Fuente: Elaboración propia. Se tomó como referencia el triángulo de base de los actores, Subirats (2008).

En el gráfico No. 4 se puede identificar claramente el problema público del embarazo no deseado en el centro del triángulo. En la parte superior se identifica a las autoridades político administrativas que diseñan e implementan la política pública de planificación familiar con el objetivo de atender el problema público. A la izquierda del triángulo se presenta al “grupo objetivo” de la política, es decir, varones y mujeres entre 14 y 29 años, que son la población en quienes se debe actuar para corregir el problema público. Y a la derecha del triángulo se presenta a los beneficiarios finales de la política pública, las mujeres, que saldrían afectadas de no atenderse el problema público en cuestión. Por lo que el gráfico No. 4 representa la definición operacional de la política pública de planificación familiar.

Tercera clave, al utilizar como herramienta de análisis el conocido ciclo de la política pública que consta de cinco etapas: surgimiento del problema, agendación, formulación, implementación y evaluación; estas deben analizarse

como un “flujo continuo de decisiones y procedimientos” a las que se les debe dar un sentido y no como un esquema rígido o secuencial a seguir. Subirats (2008) presenta una breve descripción de cada etapa:

- A. Surgimiento del Problema, no todos los problemas motivan una política, es más bien la reconstrucción social del problema lo que en algunos casos termina definiéndolo políticamente como colectivo.
- B. Agendación, viene a ser la selección de los problemas que se reconoce serán objetos de una política por parte de las autoridades públicas o actores decisivos.
- C. Formulación, se definen la o las posibles soluciones al problema público mediante un modelo casual y teniendo presente los medios con los que se dispone.
- D. Implementación, es la ejecución de las soluciones seleccionadas para resolver el problema público. Incluye las acciones de los agentes administrativos para adaptar el programa de la política pública al contexto concreto que deberán enfrentar.
- E. Evaluación, es la determinación de los resultados y efectos de aplicación de la política pública. La evaluación puede hacerse en términos de eficacia y de eficiencia.

Esta tercera clave fue útil en la presente investigación para extender el análisis de la política pública, pues si bien el objeto de estudio es la “implementación” de la AOE, también se hizo una revisión del proceso polémico de “agendación” del problema público, de la “formulación” de la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar vigente, de la estrategia de “implementación” de la AOE tanto a nivel nacional como en Arequipa, para concluir con la “evaluación” de los resultados de la aplicación de la política pública. Es decir, se concibió el análisis de la política pública de planificación familiar como un “flujo continuo de decisiones” y no se abordó la “implementación” de la AOE como una fase independiente de las demás.

### **3.2 Resultados de la implementación de la AOE en la Región Arequipa: Las estadísticas 2017**

Subirats (2008) señala que la autoridad a cargo de la implementación de políticas públicas realiza acciones de planificación, priorización y asignación de recursos para lograr una: “producción coordinada y puntual de productos y servicios”. Este conjunto de productos finales entregados al grupo-objetivo de la política pública, conocidos también como actos formales de implementación, son los resultados directos logrados por la implementación de la política pública (outputs).

En el caso de implementación de la AOE en Arequipa se puede identificar hasta tres resultados directos u outputs de la implementación de la AOE en los establecimientos públicos del Ministerio de Salud: el primero relacionado a la cobertura de la AOE en los establecimientos del MINSA, el segundo relacionado a la cantidad de tratamientos de AOE entregados a las usuarias de los servicios de planificación familiar y el tercero relacionado a la cantidad de embarazos no deseados realmente evitados.

En cuanto a la cobertura de AOE, actualmente la AOE se distribuye gratuitamente en los 253 establecimientos del Ministerio de Salud en la Región Arequipa, desde los hospitales más grandes hasta los puestos de salud más pequeños. Alcanzando el abastecimiento de AOE al 100% de los establecimiento del MINSA.

Con respecto a los tratamientos de AOE entregados, la oficina de estadística de la Gerencia Regional de Salud informó sobre el uso de la AOE durante el año 2017 en los establecimientos del MINSA, reportando 96 tratamientos entregados como se aprecia en el cuadro a continuación:

Cuadro No. 3  
Estadísticas de Planificación Familiar 2017 - GERESA

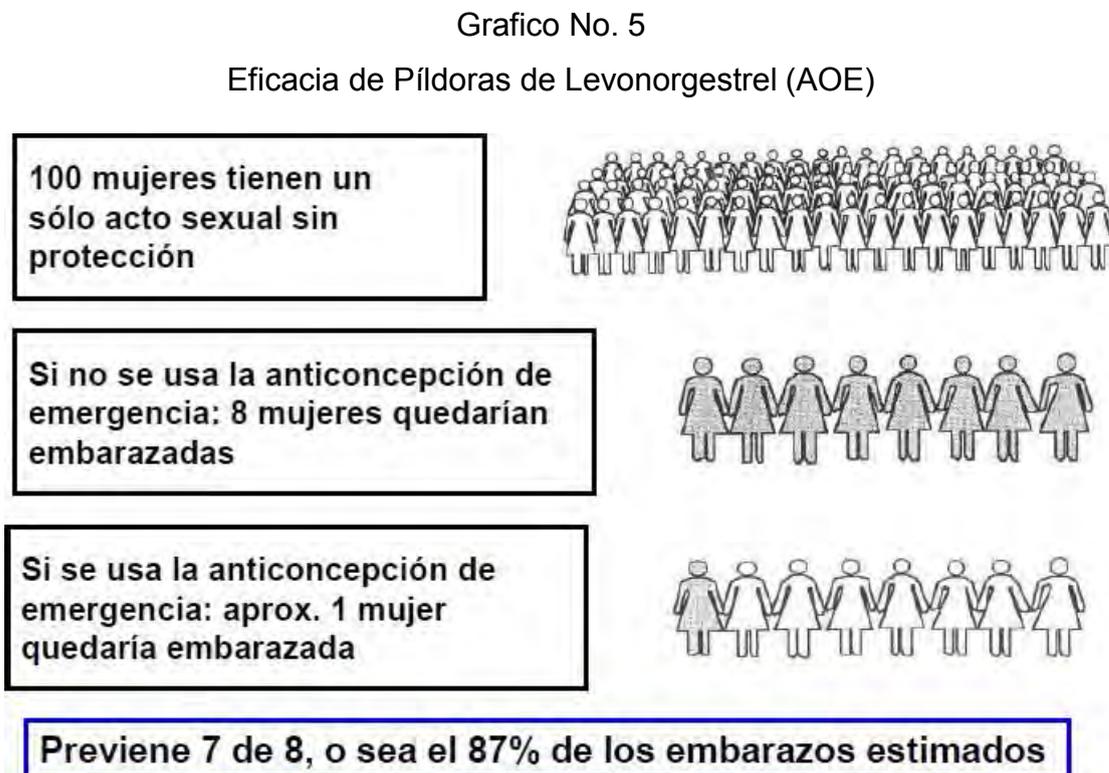
METODO	Tipo de Usuaría	TOTAL	12 a 17 a.	18 a 29 a	30 a 59 a	> 60 a.
ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA YUZPE	A	407	18	189	200	0
	I	873	281	286	306	0
ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA PROGESTAGENO (Levonorgestrel)	A	96	2	52	42	0
	I	154	52	58	44	0

Fuente: Oficina de Estadística de la Gerencia Regional de Salud de Arequipa.

Sin embargo, esta cifra no coincide con el abastecimiento del fármaco que se realiza a los establecimientos de salud y el Funcionario con seudónimo “Marañón” refirió que en dicha estadística podría haber subregistro. De esta manera, se solicitó información a la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIREMID) – sede Arequipa. Según estadísticas de la DIREMID, los tratamientos de AOE distribuidos y reportados como utilizados durante el año 2017 en los establecimientos del MINSA ascienden a 516 tratamientos. Ante esta circunstancia, se optó por la estadística proporcionada por la DIREMID, dado que cuenta con mayor detalle al ser una estadística especializada para el control de fármacos y porque guarda mayor coherencia con el abastecimiento de AOE que se hace a los establecimientos regularmente.

Finalmente y en relación a los embarazos no deseados que fueron realmente evitados, Gutierrez (2016) señala que no todos los tratamientos con AOE han prevenido un embarazo. Es decir, no se puede afirmar que se han evitado 516 embarazos no deseados. Para conocer realmente el número de embarazos

evitados se debe aplicar el cálculo de eficacia de la AOE<sup>13</sup>, lo cual se ilustra en el Gráfico a continuación:



Fuente: Grupo especial de la OMS, Lancet, 1998; 352: 428-33.

Por consiguiente, se puede señalar que a través de los establecimientos del salud del MINSA en Arequipa se ha logrado prevenir 35 embarazos no deseados durante el año 2017<sup>14</sup>, lo cual constituiría un resultado directo de la implementación de la AOE.

Por otro lado, sobre la tendencia de consumo de la AOE para el año 2018, se puede observar que los tratamientos de AOE utilizados durante el primer trimestre del año 2018 han aumentado significativamente en comparación con el año anterior. En el año 2017 se reportaron 65 tratamientos de AOE utilizados

<sup>13</sup> El cálculo de eficacia es igual al número de tratamientos de AOE entregados a la población por el 8% de probabilidad real de embarazo. Todo esto multiplicado por la tasa de efectividad del Levonorgestrel (87%).

<sup>14</sup> Aplicando el cálculo de eficacia de la AOE (516 tratamientos entregados x 8% de probabilidad real de embarazo x 0.87% de tasa de eficacia del Levonorgestrel) da como resultado 35 embarazos no deseados realmente evitados.

durante el primer trimestre, mientras que en el año 2018 se han reportado 113 tratamientos utilizados en el mismo periodo, es decir, se evidencia un incremento del 73% en la utilización de la AOE para el primer trimestre del año. Finalmente, Subirats (2008) señala que las políticas públicas no sólo producen actos formales de implementación, es decir resultados directos u outputs, sino que también se traducen en impactos y efectos, lo que se analizará en el siguiente apartado.

### **3.3 Impactos y Efectos de la AOE: evolución de los nacimientos, abortos y la mortalidad materna en Arequipa**

Subirats (2008) señala que una vez formulada e implementada la política pública se debe realizar un proceso de evaluación sistemática para determinar los cambios generados por las medidas adoptadas. Básicamente, la evaluación debe hacerse en dos direcciones: identificar el impacto sobre el “grupo-objetivo” definido como la población de 14 a 29 años y determinar el efecto sobre los “beneficiarios finales”, definido como las “mujeres”.

Así mismo y como se explicó en el capítulo 1, el problema público del “embarazo no deseado” puede conllevar a otros dos problemas como son el “aborto” y la “mortalidad materna”. Por lo que el proceso de evaluación de la política pública debe dar cuenta de esas tres variables de interés. La evolución de la primera variable, embarazo no deseado en toda la región Arequipa, permitirá medir el impacto sobre el “grupo objetivo”. Mientras que la evolución de la segunda y tercera variable de interés, abortos y mortalidad materna, permitirá medir el efecto sobre los “beneficiarios finales” en Arequipa.

Es preciso mencionar que lo que se muestra a continuación es una aproximación a posibles impactos y efectos de la implementación de la AOE en la Región Arequipa. Siendo las tres variables: embarazo no deseado a nivel regional, abortos y muertes maternas, campos de análisis para conocer posibles resultados indirectos de la implementación de la AOE en Arequipa.

Con respecto a la medición de los embarazos no deseados, esta variable no se encuentra en las estadísticas hospitalarias como tal, pero siguiendo a la ENDES 2017, para determinar los embarazos no deseados se preguntó a la madre si su hijo o hija “nacido” en los últimos cinco años: había sido planificado, deseado en otro momento o definitivamente no deseado. Por lo que, la variable estadística que permite aproximarnos al embarazo no deseado son los nacimientos. En la Gerencia regional de Salud existe estadística sectorial<sup>15</sup> sobre los nacimientos en la Región Arequipa. En el cuadro a continuación se muestra la evolución de los nacimientos en Arequipa por edad de la madre al momento del parto:

**Cuadro No. 4**  
**Evolución de los Nacimientos en Arequipa por edad de la madre**

Años	Edad de la madre al momento del parto			
	De 12 a 17 Años (Adolescentes)	Variación (Adolescentes)	De 12 a 29 años Grupo Objetivo	Todas las edades
2015	665	-	14375	25 161
2016	567	<b>-14.7%</b>	12992	23 894
2017	484	<b>-14.6%</b>	12357	22 804

Fuente: Boletín de nacimientos de la Oficina de Estadística de la GERESA. Estadísticas Sectoriales. Elaboración propia.

Como puede observarse en el cuadro No. 4, los nacimientos en todas las edades y también en el grupo objetivo de edad de 12 a 29 años, viene registrando una tendencia decreciente, es decir, los nacimientos están disminuyendo en la región Arequipa. Así mismo, el embarazo en adolescentes de 12 a 17 años, que se entiende siempre son embarazos no deseados por las múltiples consecuencias negativas que generan para la menor<sup>16</sup>, han disminuido en 14,6% en el año 2017 con respecto al año 2016. Por lo que se

<sup>15</sup> Las estadísticas sectoriales incluyen a todos los proveedores del sector salud: MINSA, Essalud, Fuerzas Armadas y Clínicas Privadas.

<sup>16</sup> El embarazo en adolescentes de 17 años o menos; pone en riesgo su vida, trunca sus estudios y su desarrollo pleno.

puede concluir que el embarazo no deseado ha disminuido durante los últimos 2 años en Arequipa.

Con respecto a la medición de los abortos, esta variable existe en las estadísticas de la GERESA para los establecimientos de salud del MINSA. Sin embargo, el registro de la causa del aborto no es fiable pues siendo el aborto penalizado en el Perú, no se suele informar de un aborto inducido<sup>17</sup> aún cuando este fuera el caso. Más bien podría reportarse como un “aborto espontáneo” o un “aborto no especificado incompleto”, que son las causas que mayormente figuran en las estadísticas. Por este motivo, se considerará el número de abortos registrados en general y por edad de la gestante, como se muestra en el cuadro a continuación:

**Cuadro No. 5**  
**Evolución de los Abortos en Arequipa por edad de la gestante**

Años	Edad de la gestante que tuvo el aborto			
	De 12 a 17 Años (Adolescentes)	De 12 a 29 años (Grupo Objetivo)	Variación (Grupo Objetivo)	Todas las edades
2015	87	1522		2 546
2016	80	1429	-6.1%	2 449
2017	78	1326	-7.2%	2 364
Ene-Ago 2018	46	909		1 632

Fuente: Estadísticas de hospitalización de la Oficina de Estadística de la GERESA (SEEM: sistema de egresos y emergencias). Elaboración propia.

Como puede observarse en el Cuadro No. 5, los abortos en el grupo objetivo de 12 a 29 años, viene registrando una tendencia decreciente, es decir, los abortos disminuyeron en 7,2% en el año 2017 con respecto al año anterior. Así mismo, los abortos en adolescentes de 12 a 17 años también han disminuido aunque en forma leve. Pudiéndose concluir que el aborto ha disminuido durante los últimos 2 años en los establecimientos de salud del MINSA en Arequipa.

<sup>17</sup> El aborto inducido es la interrupción voluntaria del embarazo.

Finalmente, con respecto a la medición de las muertes maternas, las estadísticas sectoriales de la Gerencia Regional de Salud de Arequipa revelan una disminución muy significativa de 42,9% en el año 2017 con respecto al año 2016, como se muestra en el cuadro a continuación:

Cuadro No. 6  
Evolución de las Muertes Maternas en Arequipa

Años	Muertes Maternas Registradas	Variación
2015	15	
2016	14	- 6,7%
2017	8	-42,9%

Fuente: Estadísticas sectoriales de la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva-GERESA. Elaboración propia.

Como puede observarse en el cuadro No. 6, en el año 2015 ocurrieron 15 muertes maternas en toda la Región Arequipa de las cuales 2 fueron a causa de suicidio y una a causa de aborto. En el año 2016 ocurrieron 14 muertes maternas de las cuales nuevamente dos fueron por suicidio y una a causa de aborto séptico. Sin embargo en el año 2017 sólo se registraron 8 muertes maternas en toda la Región Arequipa, ninguna a causa de suicidio y 1 a causa de aborto séptico. Por lo que se puede concluir que las muertes maternas disminuyeron en 42,9% en el año 2017. Pasando de 14 muertes maternas en el año 2016 a sólo 8 muertes maternas en el año 2017.

Así mismo, se ha verificado que en lo que van del año 2018, meses de enero-agosto 2018, se han registrado 7 muertes maternas, dos de ellas por aborto incompleto.

Es preciso reiterar que estos resultados indirectos de la implementación de la AOE sobre el embarazo no deseado, abortos y mortalidad materna en la región Arequipa, son impactos y efectos en los que la AOE no es la única variable explicativa. Es decir, no se podría establecer una relación lineal / monocausal al respecto. Subirats (2008) señala que la existencia de efectos o de

indicadores relativos a los objetivos, no permite concluir en qué medida los objetivos se alcanzaron (o no) gracias a la política pública implementada. Así mismo, en la entrevista al Funcionario con seudónimo “Misti”, señaló que el problema del embarazo adolescente en la Región Arequipa tiene diferentes causas y por lo mismo la estrategia para enfrentarlo tiene diversos componentes. No se puede decir que la AOE permitió por si sola reducir la tasa de embarazo adolescente en la región Arequipa durante el año 2017, pero si se puede afirmar que la AOE fue uno de los recursos estratégicos que contribuyó para alcanzar dicha meta. De forma similar, las estrategias para reducir la mortalidad materna son diversas como por ejemplo: procurar que todas las gestantes realicen un parto institucional; es decir que den a luz en un establecimiento de salud y no en su casa; aumentar el número de profesionales de salud en provincias pues el número de obstetras en algunos lugares aún es insuficiente; la política de inculturación o parto vertical que pretende acercar los servicios a las costumbres de la mujeres de zonas rurales, etc. El despliegue de todas las estrategias, en su conjunto, contribuyó a reducir la mortalidad materna.

Finalmente, los resultados directos e indirectos de la implementación de la AOE en la región Arequipa, analizados a través de la evolución de variables como: embarazos no deseados, abortos y muertes maternas; permiten concluir que la AOE viene contribuyendo a enfrentar los problemas de salud pública antes mencionados. Quizás intuyendo estos resultados, es que todos los funcionarios, técnicos y profesionales de la salud entrevistados recomendaron que se continúe con la AOE en Arequipa.

## CONCLUSIONES

La presente investigación ha llegado a formular ocho conclusiones y que serán presentadas según el objetivo específico al que responden

### **Conclusiones del primer objetivo específico desarrollado en el capítulo 1:**

1. Las polémicas sociales, políticas y judiciales suscitadas en torno a la implementación de la AOE se dieron en forma similar en diferentes países de América Latina y también estuvieron presentes en el Perú y en la Región Arequipa. En todos los casos y en un primer nivel de análisis, el conflicto surge por el efecto abortivo que un sector de la sociedad le atribuye. Siendo la Iglesia Católica y los movimientos “pro vida” los principales opositores a la AOE.
2. En el proceso de implementación de la AOE en Arequipa, los funcionarios y técnicos a cargo siguieron la estrategia nacional que consistió en tres actividades: un rápido abastecimiento de la AOE en todos los establecimientos de salud, capacitaciones al personal responsable de la estrategia de planificación familiar y difusión mediante folletos informativos. En un segundo momento, los Funcionarios y Técnicos realizaron un proceso de socialización y discusión de la norma técnica de planificación familiar y elaboraron la “Directiva Regional sobre AOE”, documento que no se aprobó ni difundió “para no levantar olas”. Del análisis realizado al contenido de la Directiva Regional sobre AOE, se puede concluir que es un documento de gestión clave que hubiera facilitado la implementación en el ámbito regional. Como la directiva no se aprobó ni publicó, se ha generado confusión entre los actores, principalmente en lo que se refiere a la atención de las adolescentes.
3. La estrategia de implementación utilizada por los funcionarios de la Gerencia Regional de Salud de Arequipa, se puede calificar como una estrategia “discreta”. Definida tras la decisión estratégica de no difundir la

Directiva Regional sobre AOE: “para no levantar olas”. El beneficio de esta decisión es que no se tuvo que publicar la directiva con lo cual se evitó mayor confrontación. Pero los costos fueron diversos: no se realizaron acciones de difusión hacia la población, la autoridad administrativa no lideró el proceso, no se diseñaron tácticas para alcanzar a la población objetivo, entre otros. Todo ello generó desinformación y afectó la implementación de la política.

#### **Conclusiones del segundo objetivo específico desarrollado en el capítulo dos:**

4. Se identificó a los principales actores en el proceso de implementación de la AOE en la Región Arequipa: Los Funcionarios a cargo de la implementación por parte de la Gerencia Regional de Salud; los Técnicos responsables de la estrategia sanitaria en salud sexual y reproductiva; las Obstetras (personal de salud) que atiende directamente a las pacientes; Las Iglesias Católica-Evangélica y los movimientos en contra de la AOE; Las ONGs y los movimientos a favor de la AOE y los usuarios(as) de los servicios de planificación familiar. En el análisis de los recursos con los que cuentan, las Iglesias Católica-Evangélica y los movimientos en contra de la AOE son quienes más recursos poseen. Los Usuarios(as) de los servicios de planificación familiar, son el actor que cuenta con menos recursos. Mientras que las ONGs y los movimientos a favor de la AOE son quienes mejor utilizan sus recursos. Así mismo, las dinámicas de cada uno de los actores gira en torno a sus diversos intereses particulares y colectivos. Sin embargo, se pudo identificar un punto de encuentro en las dinámicas de los actores y es la preocupación por el bien común o el desarrollo de la sociedad. Sin embargo, las formas de entender lo que es bueno para la sociedad no es el mismo.
5. El análisis biopolítico de Michel Foucault permitió explicar cuatro circunstancias que se presentaron durante el proceso de implementación

de la AOE en el Perú y en Arequipa. Primero, en una Gubernamentalidad que se basa en la racionalidad del neoliberalismo, el arte de gobernar es el mercado. Esto explicaría porque la AOE se comercializó en las farmacias privadas desde el año 2000 sin mayor inconveniente, mientras que cuando se empezó a distribuir gratuitamente en los establecimientos de salud públicos generó un gran debate. Es decir, en una lógica Gubernamentalizada, el mercado marca la diferencia. Segundo, otro concepto importante en biopolítica es el de “población” y en cuya base está la sexualidad. Es decir, el sexo no escapa al poder político Gubernamentalizado. Esta premisa permitió explicar porque tomó quince años implementar la AOE en el Perú. La conclusión es que no le convendría al mercado que la población de escasos recursos económicos disminuya su natalidad pues esto traería consigo dos consecuencias. A corto plazo, menos hijos, menor consumo de bienes y servicios por parte de las familias. A largo plazo, menor disponibilidad de mano de obra para el capital y que presionaría hacia el alza de los salarios. Tercero, otro concepto importante de la biopolítica es el paradigma inmunitario y que trata de integrar la relación entre protección y negación de la vida. Este paradigma permitió explicar la postura que no acepta el uso de la AOE en ninguna circunstancia, tampoco en casos de violación sexual, por el principio de respeto irrestricto a la vida. En esta situación está presente la vida del posible concebido que se debe “hacer vivir”. Pero también está presente la muerte de una mujer que pudiendo quedar embarazada de su agresor, opte por un aborto clandestino y pueda morir en el intento. Una compleja situación en la que están presentes la protección de la vida y la muerte y donde la AOE podría ser el paradigma inmunitario que las integre. Cuarto, finalmente la biopolítica permitió realizar una segunda tipología de actores bajo dos categorías: “pro-vida” en contra de la AOE y “pro-derechos” a favor de la AOE, lo cual sirvió también para establecer las correlaciones de fuerzas.

**Conclusiones del tercer objetivo específico desarrollado en el capítulo tres:**

6. La aplicación del modelo de análisis de políticas públicas propuesto por Subirats permitió precisar que si bien la autoridad político-administrativa diseña y aplica la política pública de planificación familiar, el grupo objetivo al cual está dirigida son los varones y mujeres entre 14 y 29 años, es decir, quienes originan principalmente el problema público del embarazo no deseado. Y son las “mujeres” las beneficiarias finales de la política pública pues ellas sufren los efectos del problema público no atendido, como la mortalidad materna. Siendo importante comprender que si bien el problema público lo causan varones y mujeres, las consecuencias del mismo, sólo las padecen las mujeres.
7. Los resultados logrados por la implementación de la AOE en Arequipa (outputs) son básicamente tres: se alcanzó el 100% de cobertura de AOE en los establecimientos de salud del MINSA. Se entregaron 516 tratamientos de AOE a las usuarias de los servicios de planificación familiar durante el año 2017. Y la cantidad de embarazos no deseados realmente evitados en el MINSA fueron 35.
8. En una aproximación a los impactos y efectos indirectos de la implementación de la AOE en Arequipa, se analizó la evolución de tres variables de interés: el embarazo no deseado, los abortos y las muertes maternas a nivel regional para el periodo 2015 – 2017. En los tres campos de análisis se aprecian resultados favorables, es decir, una disminución de los embarazos no deseados, de los abortos y de las muertes maternas. Siendo importante resaltar que en dichos resultados la AOE no es la única variable explicativa sino que es un conjunto de estrategias las que permitieron alcanzarlos, la AOE sólo una de ellas.

**BIBLIOGRAFIA**

ARCOS, CAROL

2018 "Feminismos latinoamericanos: deseo, cuerpo y biopolítica de lo materno". Debate Feminista, (55), 27–58.  
<https://doi.org/10.22201/cieg.01889478p.2018.55.02>

BENENTE, MURO

2017 "Biopolítica y Tanatopolítica en Michel Foucault y Roberto Esposito". Reflexión Política.

ESPOCITO, ROBERTO

2005. "Immunitas : protección y negación de la vida". Buenos Aires : Amorrortu Editores.

FIGUEROA, MARTÍN

2010 "Michel Foucault: neoliberalismo y biopolítica." Lemm, Vanessa (ed.). Santiago de Chile. Ediciones Universidad Diego Portales.

FOUCAULT, MICHEL

2007 "El Nacimiento de la Biopolítica". Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.

GARCÍA, JOSE

1995 "Evaluación de programas de planificación familiar" Bogotá. Pathfinder International.

GUTIERREZ, MIGUEL

2016 "Efectividad y Mecanismos de acción de la Anticoncepción de Emergencia"  
(Diapositiva). Consulta: 12 mayo 2018

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

2018 “Encuesta demográfica y de salud familiar : ENDES 2017” Lima Perú.

LAHERA, EUGENIO

2002 “Introducción a las Políticas Públicas”. México D.F. Fondo de Cultura Económica

LAHERA, EUGENIO

2004 “Política y Políticas Públicas”. Chile. División de Desarrollo Social CEPAL.

LLAJA, JEANNETTE

2010 “Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en el Perú Informe para el cumplimiento de la CEDAW”. Lima. Agencia Española de Cooperación Internacional AECI.

MARTÍN, ANTONIETA

(2004). “La anticoncepción de emergencia en América Latina y el Caribe”. Revista Panamericana De Salud Pública, Vol 16, Iss 6, Pp 424-431 (2004), (6), 424.

MARTÍNEZ, JORGE

2017 “El cuerpo como nueva superficie de inscripción de la política: Michel Foucault y la biopolítica. *Sociology & Technoscience / Sociología Y Tecnociencia*, 8(1), 27-42. doi:10.24197/st.1.2018.27-42

MENDOZA, WALTER & SUBIRÍA, GRACIA.

2013. “El embarazo adolescente en el Perú : situación actual e implicancias para las políticas públicas”. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(3):471-9 .

**MINISTERIO DE SALUD**

2004 MÓDULO VIII PLANIFICACIÓN FAMILIAR. Guías Nacionales e Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima. 1-32.

**MINISTERIO DE SALUD**

2013 Plan Multisectorial para la prevención del embarazo adolescente 2013 – 2021 (Diapositiva). Consulta: 20 marzo 2018

**MINISTERIO DE SALUD**

2016 Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar NTS No. 124-MINSA/DGIESP.V.01.. Lima. 1-119.

**MINISTERIO DE SALUD**

2016 Situación del embarazo en adolescentes (Diapositiva). Consulta: 20 marzo 2018

**MUJICA, JARIS**

2009 “Microscopio. De la Bioética a la Biopolítica”. Lima. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

**NACIONES UNIDAS**

1995 “Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994”. Nueva York.

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

2005 “Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (HRP). PNUD, UNFPA, OMS, Banco Mundial. Boletín Informativo.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

2017 “Model List of Essential Medicines”. Ginebra, Marzo 2017. Consulta: 20 de Abril 2018.

<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>

PAREDES, MARITZA

2012 “Material escrito por la profesora especialista para el curso de Análisis de Políticas Públicas”. Lima – Perú. PUCP.

PRETELL-ZÁRATE, E. A.

2013 “Política de Anticoncepción Oral de Emergencia: La Experiencia Peruana”. *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública*, 30(3), 487-496

RAIGOSA-MEJÍA, M & MOLINA-MARÍN, G.

2014 “Dimensión política de las decisiones en salud pública, Bogotá D.C., 2012-2013”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 13, 26, 90-106.

RAMIREZ, FIORELLA

2006 “Anticoncepción Oral de Emergencia: una mirada científica”. Lima-Perú. Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia.

ROMERO, LLANOS, SALHUANA, MAYCA & QUIJANO

2007 “Conocimientos y actitudes de médicos gineco obstetras de Lima y Callao, sobre los mecanismos de acción y prescripción de la anticoncepción oral de emergencia”. *Revista Medica Herediana*, 18(2), 92-99.

SUAREZ, ZAVALA, URETA, HIJAR, LUCERO & PACHAS

2010 “Efecto del levonorgestrel como anticonceptivo oral de emergencia en la ovulación, el endometrio y los espermatozoides”. Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública, Vol 27, Iss 2, Pp 222-230 (2010), (2), 222.

SUBIRATS, JOAN.

2008 “Análisis y Gestión de Políticas Públicas”. Barcelona: Editorial Ariel.

UGARTE, OSCAR

2013 “Desarrollo y Ejercicio de los Derechos en Salud Sexual y Reproductiva”. Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública, 30(3), 376-378.

VILLANUEVA, ROCÍO

2008 “La anticoncepción oral de emergencia: el debate legal en América Latina”. San José: IIDH