

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DEL PERÚ**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**



El acceso continuo a métodos anticonceptivos modernos a través del Programa de Planificación Familiar en el departamento de Pasco (2019-2020)

Tesis para obtener el título profesional de Licenciado en Ciencia Política y Gobierno presentada por:

Vasquez Valverde, Carlos Gabriel

Asesor(es):

Došek, Tomáš

Lima, 2025

## Informe de Similitud

Yo, Dosek, Tomas, docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor de la tesis El acceso continuo a métodos anticonceptivos modernos a través del Programa de Planificación Familiar en el departamento de Pasco (2019-2020) del autor Vasquez Valverde, Carlos Gabriel dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 17%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 26/09/25.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima, 2 de octubre del 2025

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <u>Dosek, Tomas</u>	
DNI: 01400127	Firma
ORCID: 0000-0003-4297-8456	T.D.

*A Cristina Valverde*



## Resumen

El acceso a métodos anticonceptivos modernos resulta esencial en la vida de las personas para poder decidir qué tipo de cuidado se desea mantener en su salud sexual y reproductiva. Aunque existen medios para poder acceder a tales métodos, también están presentes barreras que pueden obstaculizar el acceso continuo de parte de la población. Factores como la falta de información sobre el funcionamiento de los métodos o aspectos socioculturales pueden terminar por limitar el alcance a quienes requieren y desean utilizar anticonceptivos.

Para cubrir esta necesidad, los gobiernos han buscado garantizar la transmisión de información, promoción y gratuidad de anticonceptivos modernos a través del programa de Planificación Familiar, el cual es desarrollado por diversos países. En el caso peruano, esta tesis estudia el acceso continuo a métodos anticonceptivos modernos a partir de la implementación del programa de Planificación Familiar en la región de Pasco durante los años 2019 y 2020.

El objetivo de esta investigación es explicar el porcentaje de acceso continuo a métodos anticonceptivos modernos en esta región. La selección del caso y período de análisis se debe a que el programa de Planificación Familiar mantiene desafíos en su implementación a nivel nacional, pero el caso de Pasco resulta de especial interés debido a que alcanzó porcentajes superiores al promedio en acceso continuo a métodos modernos en comparación con el resto del país a pesar de evidenciar problemas estructurales en su sistema de salud. Además, durante el primer año de la pandemia de la Covid-19, esta región mantuvo los mismos porcentajes de acceso mientras que en otros departamentos el uso de anticonceptivos se vio reducido.

Para explicar ello, se recurre a un estudio de caso único y se utilizan métodos cualitativos para examinar la implementación del programa de Planificación Familiar en esta región. La tesis encuentra que el trabajo coordinado dentro de las redes de salud a nivel local y la adquisición de anticonceptivos modernos por parte de la Dirección de Salud de Pasco han facilitado el acceso continuo a estos métodos a través de esta política en medio de los desafíos existentes.

Palabras clave:

Planificación familiar, anticonceptivos, implementación de políticas públicas, Pasco

## Abstract

Access to modern contraceptive methods is essential in people's lives in order to be able to decide what type of care they want to maintain in their sexual and reproductive health. Although there are means to access such methods, there are also barriers that may hinder the continued access by part of the population. Factors such as lack of information on how the methods work or socio-cultural aspects can end up limiting the reach of those who require and wish to use contraceptives.

To cover this need, governments have sought to guarantee the transmission of information on contraceptives, the promotion of contraceptive use, and the access to free modern contraceptives through the family planning program, which is developed by several countries. This thesis studies the continuous access to modern contraceptive methods in the Peruvian case through the implementation of the family planning program in the Pasco region in 2019 and 2020.

The objective of this research is to explain the percentage of continuous access to modern contraceptive methods in this region. The selection of the case and period of analysis is due to the fact that the family planning program maintains challenges in its implementation at the national level, but the case of Pasco is of special interest because it reached above-average percentages in continuous access to modern methods compared to the rest of the country despite evidence of structural problems in its health system. In addition, during the first year of the Covid-19 pandemic, this region maintained the same access percentages while in other departments contraceptive use was reduced.

To try to explain this, a single case study and qualitative methods are used to examine the implementation of the family planning program in this region. This thesis finds that the coordinated work inside local health networks and the acquisition of modern contraceptives by the *Dirección de Salud de Pasco* has facilitated the continued access to these methods through the family planning program despite the existing challenges.

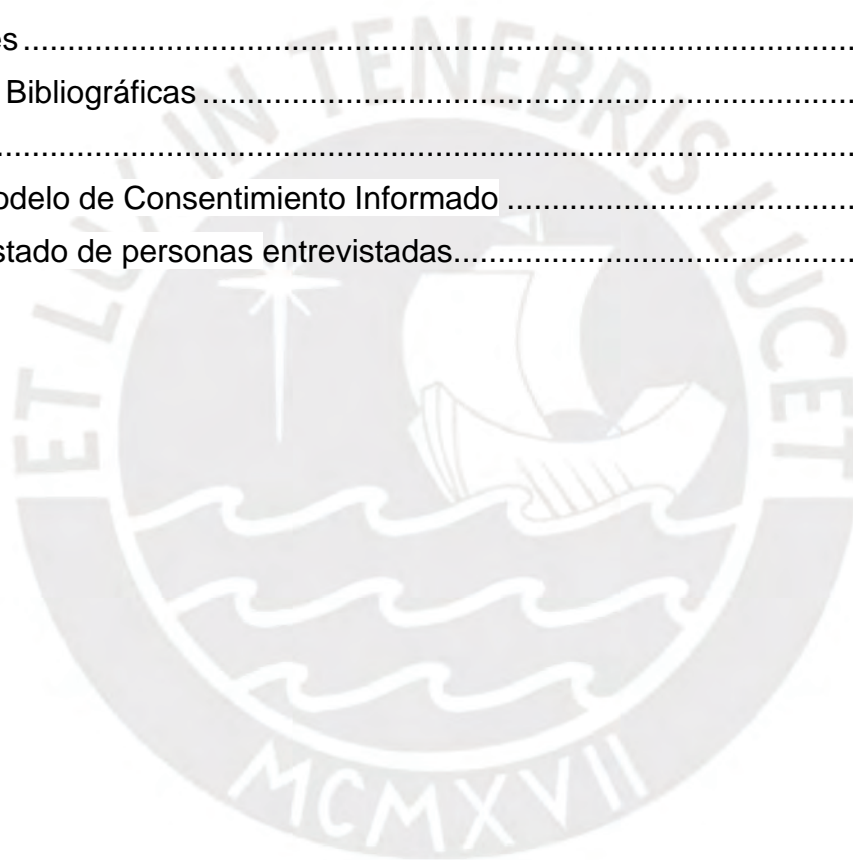
Keywords:

Family planning, contraceptive methods, public policy implementation, Pasco

## Índice de contenido

Introducción.....	1
Capítulo 1: El estado de la cuestión, marco teórico y marco metodológico.....	5
1.1 Estado de la cuestión .....	5
1.1.1 El acceso a la información sobre el uso de métodos anticonceptivos en América Latina.....	6
1.1.2 El acceso a la información sobre el uso de métodos anticonceptivos en el Perú .....	7
1.1.3 El acceso continuo a métodos anticonceptivos modernos en el Perú .....	9
1.1.4 El acceso continuo a métodos anticonceptivos modernos en el Perú durante la pandemia.....	10
1.1.5 Conclusiones .....	12
1.2 Marco teórico.....	13
1.2.1 Capacidad estatal, voluntad política e iniciativa civil.....	13
1.2.2 Las políticas públicas.....	16
1.2.3 La implementación de las políticas públicas .....	17
1.2.4 Enfoques para el análisis de la implementación de políticas públicas .....	18
1.2.5 Factores que inciden en las políticas de salud .....	20
1.3 Diseño de investigación y marco metodológico .....	23
Capítulo 2: El sistema de salud en el Perú, el programa de Planificación Familiar y el contexto de la región de Pasco.....	26
2.1 El sistema de salud en el Perú .....	26
2.1.1 El sistema de salud en relación a su capacidad estatal.....	27
2.1.2 La descentralización del sistema de salud en Perú.....	30
2.1.3 La respuesta del Estado en materia de salud durante la pandemia .....	33
2.2 La Planificación Familiar en el Perú.....	35
2.2.1 Inicios y desarrollo del programa de Planificación Familiar en el Perú .....	36
2.2.2 La nueva Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar de 2017 .....	37
2.3 La caracterización de la región de Pasco .....	39
2.3.1 La población de Pasco .....	39
2.3.2 La economía en la región de Pasco .....	41
2.3.3 Gobierno y gestión en materia de salud en la región de Pasco.....	42
Capítulo 3: El acceso continuo a métodos anticonceptivos modernos en la región de Pasco (2019-2020) .....	45
3.1 Análisis de resultados de las ENDES en Pasco (2019-2020).....	45
3.1.1 Análisis de resultados de las ENDES (2019).....	46

3.1.2	Análisis de resultados de las ENDES (2020).....	48
3.2	El panorama de la Planificación Familiar y el acceso a anticonceptivos (2019-2020) .....	50
3.2.1	Los recursos del Estado en materia de Planificación Familiar (2019) .....	50
3.2.2	Los recursos del Estado en materia de Planificación Familiar (2020) .....	53
3.3	La Planificación Familiar y acceso a anticonceptivos en Pasco: estrategias y recursos utilizados (2019-2020).....	56
3.3.1	Estrategias y recursos utilizados durante el año 2019.....	57
3.3.2	Estrategias y recursos utilizados durante el año 2020.....	61
3.4	Factores externos que inciden en el acceso a anticonceptivos modernos en Pasco.....	64
	Conclusiones .....	69
	Referencias Bibliográficas .....	71
	Anexos .....	79
	Anexo A: Modelo de Consentimiento Informado .....	79
	Anexo B: Listado de personas entrevistadas.....	81



## Índice de tablas

Tabla 1 Uso actual de métodos anticonceptivos modernos entre mujeres de 15 a 49 años en la región de Pasco (2019) .....	46
Tabla 2 Fuente de suministro de métodos modernos de usuarias actuales por tipo de método en la región Pasco (2019) .....	47
Tabla 3 Fuente de suministro de métodos modernos de usuarias actuales por tipo de método en la región Pasco (2020) .....	49



## Índice de Gráficos

Gráfico 1 Uso actual de métodos anticonceptivos modernos entre mujeres de 15 a 49 años en la región de Pasco (2020) .....	49
---	----



## Introducción

La salud sexual y reproductiva se encuentra enmarcada dentro del derecho humano a la salud. Por ende, es responsabilidad de los estados velar por este derecho de las personas. En este sentido, en Perú se han diseñado diversos programas enfocados en la salud sexual y reproductiva tales como el programa Materno Neonatal o el programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida (PROCETSS). Entre estos programas, el Ministerio de Salud (MINSA) desarrolló una política enfocada principalmente en el ámbito reproductivo, denominada programa de Planificación Familiar.

Según lo estipulado en la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar del MINSA, este programa tiene como finalidad que “las personas ejerzan sus derechos de manera responsable, libre e informada respecto a la decisión del número y espaciamiento de los hijos que deseen procrear; brindando servicios de planificación familiar de calidad” (Ministerio de Salud, 2017, p.12). Ante esta definición se encuentra que la Planificación Familiar promueve el conocimiento apropiado sobre prácticas de salud sexual. Asimismo, el programa brinda de forma gratuita la provisión de métodos anticonceptivos modernos para el cuidado de la ciudadanía en materia de salud sexual y reproductiva.

Esta clase de métodos modernos abarca tanto herramientas hormonales (la inyección anticonceptiva, píldoras diarias), como no hormonales (condón masculino, condón femenino). Asimismo, existen los métodos tradicionales, como es el caso de la abstinencia periódica durante los días fértiles de las mujeres. La diferencia entre ambos métodos radica en que estos últimos no utilizan mecanismos externos, son de poca fiabilidad y se centran en la biología femenina.

Si bien la Planificación Familiar está destinada al ejercicio del derecho a la salud de la población en general, también permite que las mujeres tengan acceso a un mayor control de su salud sexual y reproductiva. Con respecto a ello, desde una perspectiva de género, los derechos sobre el cuerpo brindan a las mujeres autonomía para elegir si y cuándo se desea tener hijos. De este modo, la salud sexual repercute sobre los derechos de ciudadanía de las mujeres (Rousseau, 2007).

Para conocer cómo el Programa de Planificación Familiar repercute sobre la población peruana, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) realiza

anualmente la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)<sup>1</sup> en todo el país. De esta forma, se obtiene información sobre las características de las mujeres en edad fértil, la fecundidad, el acceso a métodos anticonceptivos, salud materna, entre otros aspectos.

De acuerdo a los resultados de la ENDES entre el 2019 y 2020 (INEI, 2020; INEI 2021), los departamentos de Perú mantienen sus propios índices de acceso a métodos anticonceptivos a través de los años. Por un lado, existen claros ejemplos de situaciones críticas como los departamentos de Huancavelica, Ayacucho o Puno, donde menos del 50% de la población encuestada utiliza métodos anticonceptivos modernos. Por otro lado, están casos como Lima, Piura o Ica donde la población encuestada que utiliza métodos modernos ha sido mayor al 60% (INEI, 2021). Al tomar en cuenta los índices de América Latina, se encuentra que la tasa de prevalencia de anticonceptivos modernos es del 67%, mientras que el promedio del Perú en la última encuesta del 2021 fue de 57% por lo que el país se encuentra por debajo de la media regional (INEI, 2022).

Si bien los índices más altos en el Perú se encuentran en departamentos como Lima o Piura, la prevalencia de anticonceptivos también es elevada en Pasco. A diferencia de Ayacucho, Lima o Huancavelica, esta región no ha sido estudiada a profundidad en relación al acceso continuo a métodos anticonceptivos modernos, por lo que no se encuentra información respecto a cómo se está implementado el programa de Planificación Familiar.

Sin embargo, se conoce el porcentaje de acceso continuo a partir de las ENDES. A pesar de mantener deficiencias en su sistema de salud, la región de Pasco mantiene un nivel superior al 60% de acceso continuo a anticonceptivos (Neyra, 2020; INEI, 2021), lo cual lo ubica en el tercer lugar en orden descendente. Este porcentaje es mayor al promedio del país y notoriamente superior al compararse con otros departamentos con desafíos en sus sistemas de salud como Huancavelica o Ayacucho. Asimismo, el acceso a anticonceptivos modernos en Pasco también es equitativo entre las zonas urbanas y rurales. Según los resultados de la ENDES, la diferencia entre áreas urbanas y rurales es menor a 2 puntos porcentuales (INEI, 2020).

---

<sup>1</sup> Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/>

Además, durante el año 2020 que inició la pandemia por Covid-19 en el Perú, diversas regiones retrocedieron en el nivel de acceso a anticonceptivos modernos. No obstante, en Pasco el porcentaje no solo se mantuvo como en años anteriores, sino que también ascendió en comparación con 2019 (INEI, 2021).

Este caso resulta de carácter contraintuitivo debido a que el programa de Planificación Familiar provee de anticonceptivos modernos a pesar del bajo desempeño del sistema de salud en la región (Neyra, 2020). Asimismo, aunque se esperaba un colapso del sistema de salud durante la pandemia, en Pasco el acceso continuo a métodos modernos no sufrió consecuencias adversas. Así, el estudio de este caso permite conocer qué mecanismos se están usando en la región, de forma tal que la población pueda ejercer sus derechos sexuales y reproductivos con mayor prevalencia que el promedio del país.

Por ende, esta tesis estudia el acceso continuo a métodos anticonceptivos a través del programa de Planificación Familiar durante los años 2019 y 2020 en la región de Pasco. El objetivo de la investigación es observar el despliegue del programa durante situaciones de estabilidad y también frente a la crisis de salud que se vivió durante la pandemia. En ese sentido, la tesis busca responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué factores explican el desempeño del Programa de Planificación Familiar en Pasco con respecto al acceso a métodos anticonceptivos modernos entre los años 2019 y 2020?

El argumento de la tesis sostiene que los profesionales de la salud en Pasco despliegan la política de Planificación Familiar a través de una eficiente transmisión de información, cuentan con capacitación para la aplicación y también con abastecimiento de anticonceptivos para la demanda de la población. Estos aspectos son esenciales para un acceso continuo a anticonceptivos. Asimismo, estos factores están directamente relacionados a la capacidad estatal por la cual se implementa la Planificación Familiar en la región.

Para lograr la adecuada transmisión de información, resulta necesario que los profesionales de la salud estén capacitados no solo en aspectos técnicos, sino que también tengan conocimientos y prácticas que respondan al contexto sociocultural de la población. Aspectos como las diferencias culturales entre los profesionales de salud y la población atendida, la perspectiva conservadora de parte de la sociedad, el control que puede existir por parte de los hombres frente al cuidado sexual de las mujeres o

el nivel socioeconómico son factores que pueden generar barreras entre la ciudadanía y el programa.

Sobre al abastecimiento de anticonceptivos, se debe tomar en cuenta que este puede verse influenciado a partir de las decisiones de funcionarios del MINSA o de la Dirección Regional de Salud (DIRESA), puesto que la promoción o restricción del programa desde estas entidades afecta en el acceso al método que cada persona desee utilizar.

Para el análisis de esta tesis se ha optado por el estudio de caso único y se realizaron entrevistas a profundidad al personal de salud involucrado en la implementación del programa en la región de Pasco. Asimismo, el estudio toma las encuestas ENDES realizadas por el INEI para observar el acceso continuo a métodos anticonceptivos en la región.

La tesis se estructura en tres capítulos. Como primer capítulo se desarrolla el estado de la cuestión, marco teórico y marco metodológico, donde se detalla la literatura existente tanto sobre el acceso a anticonceptivos como de aspectos conceptuales sobre las políticas públicas y las herramientas metodológicas para realizar el estudio de caso. Asimismo, en el segundo capítulo se analiza a profundidad el sistema de salud peruano, el proceso de descentralización en esta área y el contexto de la región estudiada, que es Pasco. Finalmente, en el tercer capítulo se realiza el análisis del caso, así como los hallazgos empíricos a partir de entrevistas realizadas a profesionales de la salud y expertos en materia de salud sexual y reproductiva.

## Capítulo 1: El estado de la cuestión, marco teórico y marco metodológico

Este capítulo aborda la revisión de literatura acerca del acceso a métodos anticonceptivos modernos, el desarrollo del programa de Planificación Familiar, los avances que esta política ha tenido desde el diseño inicial y los desafíos que se mantienen hasta la actualidad. Asimismo, se detallan aspectos teóricos de conceptos esenciales para el desarrollo de la tesis, la justificación de la investigación, las herramientas metodológicas y el tipo de estudio de caso a analizar.

Por ende, en primer lugar, desarrolla el estado de la cuestión. Dentro de este subcapítulo se encuentra el acceso a la información sobre el uso de métodos anticonceptivos en América Latina, para conocer cuál es el panorama en el continente en relación a la planificación familiar. Asimismo, se observa el acceso continuo a anticonceptivos modernos en el Perú antes y durante la pandemia por Covid-19, puesto que el marco temporal de la presente tesis aborda un año pre-pandemia y el año 2020 cuando esta dio inicio.

En segundo lugar, se aborda el marco teórico. En esta sección se desarrolla el concepto de capacidad estatal, cuál es el ciclo de políticas públicas, así como por qué se está seleccionando la fase de implementación como área de análisis. Sumado a ello, se detallan los enfoques para estudiar la implementación y también qué factores contextuales pueden influir en la implementación del Programa de Planificación Familiar

En tercer lugar, se pasa a explicar el diseño de la investigación y el marco metodológico de estudio. Dentro de esta sección se argumentan las razones por las cuales se escoge un estudio cualitativo de caso único, así como la estrategia de recojo de información. Finalmente, este subcapítulo concluye con una presentación preliminar de los actores involucrados en el despliegue de la política en Pasco y expertos en el Programa de Planificación Familiar en Perú.

### 1.1 Estado de la cuestión

Dentro de la revisión de literatura sobre el acceso continuo a anticonceptivos se encuentran como aspectos esenciales el acceso a la información del funcionamiento de los anticonceptivos, así como el acceso a los anticonceptivos en sí. Por ende, en la primera parte de este subcapítulo, se abordan investigaciones sobre el acceso a la información en América Latina y posteriormente, de forma más

precisa, en el Perú. Asimismo, se desarrolla el factor del abastecimiento de anticonceptivos en el país, así como los obstáculos que pueden presentarse. Finalmente, se aborda el contexto de la pandemia por Covid-19 y cómo ello ha repercutido en el acceso continuo a anticonceptivos modernos.

### 1.1.1 El acceso a la información sobre el uso de métodos anticonceptivos en América Latina

A partir de la segunda mitad del siglo XX en adelante, se han realizado diversas investigaciones tanto internacionales como nacionales sobre el programa de Planificación Familiar, lo cual ha permitido su evaluación constante y posteriores mejoras. En este sentido, uno de los aspectos que ha cobrado vigencia en las últimas tres décadas ha sido la transmisión de información (Prada, 1992). Si bien en la actualidad la transmisión de información se considera necesaria, la difusión de conocimiento sobre anticonceptivos modernos no era primordial en los inicios del diseño del programa.

En el caso de América Latina, la implementación del programa de Planificación Familiar inició en el año 1959 en México, mientras que en Perú ello ocurrió en el año 1967 a partir del interés de organizaciones privadas interesadas en el cuidado de la salud sexual y reproductiva (Soto, 1976). Desde este periodo hasta la década de 1990, el cuidado sobre la planificación familiar estuvo especialmente enfocado en la provisión de métodos modernos. De este modo, cuando la política fue diseñada dentro del Estado, estuvo concebida para reducir la tasa de natalidad en las poblaciones de América Latina (Prada, 1992). Por lo tanto, el programa de Planificación Familiar se basaba en distribuir métodos anticonceptivos para evitar embarazos.

Sin embargo, este diseño inicial enfocado solo en la distribución resultó ser poco eficaz. En un estudio sobre países de América Latina realizado por Suzana Cavenaghi y José Diniz (2009) se observa que, de los métodos anticonceptivos utilizados, gran porcentaje se enmarcaba dentro de los métodos tradicionales. Además de ello, estos no solo se habían mantenido en ciertos países, sino que también habían incrementado. De hecho, tal como se observa en el estudio, en casos como el Perú o Bolivia, se ha hallado a más del 23% de mujeres utilizando métodos tradicionales (Cavenaghi y Diniz, 2009).

Este porcentaje elevado demuestra que sí existe interés en la población por controlar cuántos hijos se desea tener. Sin embargo, estos métodos tradicionales no

resultan ser tan eficaces como los métodos modernos. Su uso podría explicarse a través de factores como falta de acceso a la información o el recelo hacia métodos hormonales como la inyección anticonceptiva o las pastillas diarias (Chara et al., 2012; Irons, 2019).

En este sentido, parte del acceso a anticonceptivos modernos es cubierto por el sector privado debido a que la oferta pública no es lo suficientemente amplia (Cavenaghi y Diniz, 2009). Por ende, establecimientos como farmacias y boticas brindan métodos tales como el preservativo, las inyecciones y píldoras anticonceptivas. No obstante, la desventaja del acceso por medio de estos establecimientos es la falta de información sobre los anticonceptivos y sus efectos secundarios. En casos como Brasil se encontraron descensos en el uso de métodos hormonales a pesar de existir abastecimiento de estos precisamente por los efectos secundarios que causaban estos métodos y que la población desconocía (Cavenaghi y Diniz, 2009).

Es por ello que, aparte del acceso a anticonceptivos modernos, también es requerida la información detallada del funcionamiento de estos. En este sentido, los programas de planificación familiar en América Latina mantienen en la actualidad, como uno de sus objetivos, brindar los conocimientos de cada método, cómo estos funcionan y cuáles pueden ser sus efectos en las personas.

#### 1.1.2 El acceso a la información sobre el uso de métodos anticonceptivos en el Perú

En el Perú se han realizado diversas investigaciones sobre el despliegue del Programa de Planificación Familiar y la adecuada transmisión de información sobre el cuidado sexual y reproductivo. Estos se han enfocado principalmente en observar el desempeño de la política y la evidencia recopilada demuestra que existen desafíos para que la población acceda al conocimiento del funcionamiento de los métodos anticonceptivos modernos. Si bien estos estudios se han desarrollado en regiones específicas y también existen datos sobre el contexto nacional, aún quedan regiones por estudiarse, como el caso de Pasco, en el cual la literatura es prácticamente nula.

En un estudio realizado en Ayacucho por Rebeca Irons (2019) se observa la perspectiva de la población sobre la relación entre la esterilización y el uso de métodos anticonceptivos modernos. Este análisis parte de un hecho histórico relacionado a la política, que fue el periodo de esterilizaciones forzadas durante el gobierno de Alberto Fujimori. De este modo, se pretende conocer si este suceso generó un

distanciamiento por parte de la población sobre la atención en servicios de salud estatal (Irons, 2019). A pesar de los casos de esterilización forzada, los resultados evidenciaron que en regiones como Ayacucho existe poca o ninguna preocupación en relación al temor de quedar estéril por el uso de anticonceptivos.

Ello resulta favorable al programa de Planificación Familiar, puesto que no está limitado por el contexto histórico y se puede continuar con la promoción del uso de métodos anticonceptivos modernos sin la idea de un peligro de esterilización forzada. Sin embargo, sí existe población que relaciona los anticonceptivos modernos a la esterilidad y problemas de salud (Chara et al., 2012).

Un estudio realizado por De la Cruz et al. (2003) en las ciudades de Pucallpa y Tarapoto, de los departamentos Ucayali y San Martín respectivamente, analiza el uso de métodos anticonceptivos por parte de la ciudadanía. Según los datos recopilados, se halló que el conocimiento sobre el uso y funcionamiento de anticonceptivos modernos solo se da en un 50% de la población.

Ello genera inconvenientes en la salud de la población usuaria, puesto que algunas mujeres optan por no atenderse debido a la creencia de que los anticonceptivos pueden generar esterilidad. Por tanto, a pesar de que el contexto histórico de las esterilizaciones forzadas no repercute en la percepción actual de los métodos anticonceptivos modernos, la falta de información genera incertidumbre y temor.

En este sentido, también existen creencias de que los métodos inyectables pueden producir cáncer en las mujeres. Esta creencia se sustenta en un argumento que evidencia la falta de información del funcionamiento de los anticonceptivos. Según las pacientes entrevistadas, la probabilidad de cáncer podría incrementarse debido a la ausencia de sangrado, ya que consideran que la sangre acumulada internamente puede generar quistes cancerígenos (Irons, 2019).

Estas declaraciones presentan un vacío del conocimiento de los inyectables, los cuales tienen como parte de los efectos secundarios la ausencia de la menstruación. Por lo tanto, el temor de las personas evita un mayor interés en la atención del programa de Planificación Familiar o de buscar un método anticonceptivo hormonal a través del suministro de actores privados. Esta situación de recelo también puede generarse por distancias culturales entre los profesionales de la salud y la población usuaria del programa de Planificación Familiar.

La tesis de Chara et al. (2012) aborda esta problemática a partir de la barrera del idioma en la provincia de Tayacaja en Huancavelica. En áreas donde el quechua es la lengua materna de la población, el idioma funciona como un recurso identificador de la comunidad. De este modo, si el servidor de salud se relaciona en este lenguaje, puede generar mayor confianza entre la población y su persona, que representa al Estado. Sin embargo, ello no suele suceder, y la falta de conocimiento del idioma quechua por parte de los funcionarios de la salud limita la transmisión de información a la población.

Es debido a la importancia del idioma y la conciencia de esta barrera, que la sociedad civil ha tomado iniciativas para acercar a sus comunidades a los servicios de salud. Ello se observa a través de promotores voluntarios del programa de Planificación Familiar, los cuales operan como nexos entre la población usuaria y los médicos de los centros de salud (Chara et al., 2012). Por lo tanto, este estudio también resalta la importancia de la sociedad civil organizada, como un actor capaz de mejorar la implementación de la política.

Sin embargo, esta iniciativa civil refleja dificultades en la atención en salud sexual y reproductiva en Tayacaja. Este caso no es único, puesto que, en otro estudio realizado en Loreto, se encontró que existe una falta de capacitación del personal de salud (Carmona et al., 2016). En esta región solo se realizan capacitaciones anuales a los funcionarios y los facilitadores son enviados de Lima para transmitir información meramente técnica. Esto no termina de otorgar las habilidades suficientes al personal para desempeñarse en la atención de las comunidades, especialmente de aquellas que se desenvuelven en lenguas ajenas al español.

### 1.1.3 El acceso continuo a métodos anticonceptivos modernos en el Perú

La literatura sobre el acceso continuo a métodos anticonceptivos en el Perú se enfoca principalmente en analizar el despliegue del programa de Planificación Familiar, ya que a través de este gran parte de la población accede a anticonceptivos. Por ende, existen investigaciones que analizan los desafíos presentes para que la población pueda hacer uso de estos, como también otros que abordan aspectos técnicos y burocráticos del programa y su desempeño en distintas regiones del país.

Así, se encuentran estudios que se han enfocado el análisis en el alcance que la población puede tener sobre los métodos anticonceptivos modernos en el país. Sobre ello, Chávez y Távora (2010) sostienen que existe una falta de abastecimiento

de anticonceptivos en centros de salud públicos, por lo cual las mujeres se ven forzadas a adquirir el método de su preferencia a través de las farmacias.

Esta situación se agrava para mujeres de escasos recursos que no pueden comprar anticonceptivos en establecimientos del sector privado. Ante ello, optan por otro método disponible en el centro de salud o esperan a que este cuente nuevamente con suministros (Chávez y Távara, 2010). Este desabastecimiento se da principalmente en inyectables hormonales, el condón y el dispositivo intrauterino (DIU).

El caso de la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) es más complejo. En la atención, procedimientos básicos como la toma de temperatura no son realizados debido a la falta de insumos en los centros de salud (Condori y Ñañez, 2014). Además, otra dificultad radica en la decisión de los médicos para realizar la AQV, puesto que muchos aún tienen temor de ser acusados por una esterilización forzosa (Chávez y Távara, 2010).

En relación a la atención para consultas médicas, esta puede ser limitada por los horarios de cada centro de salud. Tal como observan Carmona et al. (2016) el servicio de Planificación Familiar en Loreto se otorgaba entre las 8 de la mañana y la 1 de la tarde. Este periodo de atención corto dificultaba la atención a la población que deseaba atenderse, pero que mantenía responsabilidades o se encontraba geográficamente alejada del centro de salud. Además, incluso si existían casos en que los usuarios llegaban a asistir a una cita médica, aún era posible que estos encontraran un desabastecimiento de anticonceptivos tal como se ha señalado en párrafos anteriores.

Estos trabajos resaltan el aspecto técnico de la política, puesto que el abastecimiento y disponibilidad de anticonceptivos modernos también son esenciales para el cuidado en salud sexual y reproductiva de la población. Las investigaciones presentadas en esta sección resaltan diversos desafíos que presenta el programa de Planificación Familiar. En la siguiente sección, se revisan estudios sobre el impacto de la pandemia por Covid-19 en esta política.

#### 1.1.4 El acceso continuo a métodos anticonceptivos modernos en el Perú durante la pandemia

El sistema de salud peruano enfrentó un nuevo desafío desde el primer trimestre del año 2020. El control de la infección por la Covid-19 fue la prioridad del Ministerio de Salud, el cual enfrentó desde entonces la emergencia sanitaria a través

de la prevención y control de contagios. A partir de esta nueva situación, se realizaron investigaciones que analizaron tanto el desempeño del Estado peruano en materia de salud, como la situación de los programas públicos existentes.

Si bien el panorama de estas políticas se avizoraba adverso, el gobierno del Perú emitió diversos decretos supremos con la intención de continuar los programas de salud ya estipulados desde el 2019. No obstante, en el ámbito de la planificación familiar, a pesar de los esfuerzos, la atención se vio disminuida en varias partes del país. Ello debido tanto a la sobresaturación de los servicios de salud como a la inasistencia de la población que temía contagiarse del virus en los centros de salud (Correa y Huamán, 2020; López, 2020).

Además, la situación tuvo efectos perjudiciales en la población joven que mantiene una vida sexual activa o quiere empezar a tenerla. En el caso de las y los adolescentes, se encontraron no solo barreras para acceder a servicios de salud sexual para conseguir métodos anticonceptivos modernos, sino que tuvieron mayores restricciones de movilización por ser menores de edad (Juárez et al., 2020, p.23).

En relación a la inmovilización social como mecanismo para evitar contagios, los centros de salud tuvieron que agilizar la atención de los pacientes por medio de mecanismos virtuales. Para ello se realizaron teleorientaciones que incluían mensajería o contacto telefónico. Sin embargo, existió una reducción del 50% de atención en planificación familiar y en el caso de menores de edad tal reducción llegó al 89% (Juárez et al., 2020).

Asimismo, para el año 2021 se obtuvo mayor información acerca del impacto de la pandemia sobre la planificación familiar y el acceso a métodos anticonceptivos modernos. Tal como había previsto la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el país retrocedió en relación al acceso a métodos anticonceptivos durante el año 2020 (Ccolio, 2021). Esta situación tuvo repercusiones graves, puesto que se presentaron más de 15 mil embarazos no deseados y se triplicó la maternidad de menores de edad.

Tal como se encuentra en la ENDES realizada durante el 2020, el uso de métodos modernos fue en promedio del 55%, mientras que los tradicionales ocuparon un 22% (INEI, 2021). En relación a los métodos modernos, el Perú no ha logrado mayores avances. A comparación, el promedio de Latinoamérica es del 69.9%; mientras que, al observar al Perú del 2015, se observa que solo ha existido un crecimiento del 2% (Ccoillo, 2021).

Finalmente, en relación al acceso por medio de actores privados, se incrementaron los precios de los métodos modernos. A través de una encuesta a las usuarias, estas refirieron que el costo aumentó entre 1 sol a 24 soles (Promsex et al., 2021). Para el caso de mujeres que obtenían su método de preferencia por una farmacia o clínica, la situación económica del país ha supuesto otro desafío aparte del incremento de precios. Además, los despidos masivos y el incremento de personas desempleadas han restringido el gasto hacia una subsistencia diaria. Por ende, las necesidades insatisfechas también se han incrementado en el ámbito privado.

#### 1.1.5 Conclusiones

Esta revisión de literatura contextualiza tanto en América Latina como en el Perú el estado del acceso a la información y abastecimiento de anticonceptivos. Los avances a lo largo de los años en el continente han permitido que el Programa de Planificación Familiar pueda responder de mejor forma a las necesidades de la población sobre su cuidado sexual y reproductivo. Así, el enfoque que resalta la transmisión de información resulta óptimo, puesto que la ciudadanía puede acceder a un mayor conocimiento de los anticonceptivos y utilizar aquel que sea de su preferencia.

Con respecto a este acceso, también se encontró que existen dificultades en diversas partes del Perú para poder obtener mayor información sobre el funcionamiento de los anticonceptivos modernos. Las creencias de la población, así como las barreras culturales impiden que se pueda transmitir eficientemente el conocimiento técnico de los anticonceptivos. Ello resulta perjudicial para el cuidado sexual y reproductivo, especialmente para las mujeres, quienes son la mayor parte de la población usuaria de esta política.

Asimismo, existen dificultades en relación al acceso a los métodos anticonceptivos modernos. Problemas como la falta de abastecimiento o el reducido tiempo de atención a la población impiden que se pueda encontrar en los centros de salud una provisión de anticonceptivos.

Ante estos problemas identificados, la pandemia ha supuesto un nuevo desafío para el acceso a anticonceptivos modernos. La inmovilización social e incluso los nuevos problemas socioeconómicos han generado barreras para la población en general sobre la adquisición de estos anticonceptivos.

Estas evidencias demuestran que el acceso continuo a métodos anticonceptivos modernos mantiene diversos factores que lo limitan. Los hallazgos en diferentes regiones del país corroboran que estas dificultades son constantes. Aunque a través del programa de Planificación Familiar se pretende acortar la distancia entre la persona y el cuidado sexual y reproductivo, esta política también presenta desafíos para proveer eficientemente el acceso continuo que requiere la población.

En medio de este panorama, la región de Pasco resulta particular debido a su porcentaje elevado de acceso continuo a anticonceptivos modernos. Si bien la literatura sugiere que existen factores que constriñen este acceso y los resultados de las ENDES lo corroboran, en Pasco no parece ocurrir ello. Por ende, el estudio enfocado en este departamento permite conocer cómo se implementa la Planificación Familiar en esa región y observar qué tipo de estrategias se utilizan al momento de proveer la política.

## 1.2 Marco teórico

La sección del marco teórico se estructura en cinco subsecciones. En primer lugar, se aborda el concepto de capacidad estatal enfocado en la burocracia. De esta forma se comprende a los funcionarios públicos como agentes encargados de desplegar una política pública. En segundo lugar, se conceptualiza qué es una política pública y cuál es el proceso que tiene desde la detección de un problema público hasta su evaluación después de la implementación. En tercer lugar, se define la implementación de la política pública y su relevancia para el estudio de la presente tesis. En cuarto lugar, se detallan los tipos de análisis sobre la implementación. Finalmente, esta sección concluye con los factores contextuales identificados en el Perú que repercuten en la implementación del programa de Planificación Familiar y el acceso continuo a métodos anticonceptivos, los cuales serán expuestos como hipótesis.

### 1.2.1 Capacidad estatal, voluntad política e iniciativa civil

Existen diversos factores que influyen en diferentes fases del ciclo de políticas públicas, siendo uno de ellos la capacidad estatal. Este término ha sido asociado especialmente a la fase final de análisis del impacto de una política, que puede ser tanto exitosa como fallida (Franco et al., 2014). Asimismo, ha mantenido diversas acepciones y categorías.

Skocpol (1985) concibe la capacidad estatal como la habilidad de un Estado para implementar objetivos autónomamente a pesar de existir oposiciones por parte de grupos sociales o en situaciones socioeconómicas difíciles. De esta forma, se resalta dentro de la capacidad estatal las acciones dentro de un Estado sin interferencias externas que puedan afectar en esta toma de decisiones.

Asimismo, Rueschemeyer y Evans (1985) sostienen que el balance entre la profesionalización de la burocracia y altos niveles de coordinación son esenciales para acrecentar la capacidad del Estado. Esta concepción ha sido complementada por Bersch et al., (2017), quienes la conciben como una burocracia profesional con la habilidad de implementar una política, libre de influencias externas. De este modo, la burocracia profesionalizada termina siendo esencial para explicar la capacidad estatal de un gobierno. En adición a ello, la definición de Bersch y sus colegas dialoga con el concepto de Skocpol en el aspecto de la toma de decisiones autónoma sin influencia externa.

Siguiendo con el concepto de autonomía, Michael Mann (2007) argumenta que la autonomía del Estado puede darse de una forma despótica y también infraestructural. El concepto de poder infraestructural importa para la presente tesis, puesto que este poder refiere a la capacidad de un Estado para “penetrar realmente la sociedad civil, y poner en ejecución logísticamente las decisiones políticas por todo el país” (Mann, 2007, p. 58). Asimismo, Hillel Soifer (2008) menciona que una forma de observar el poder infraestructural es a partir de los recursos disponibles que puede tener un estado como vienen a ser los recursos fiscales.

Sumado a ello, Miguel Ángel Centeno (2009) toma el concepto de poder infraestructural para analizar los estados latinoamericanos. En este sentido, estudia tres aspectos del poder infraestructural: el personal, los ingresos económicos y la información. El primer aspecto incluye, tal como señalan Bersch et al. (2017) y Skocpol (1985), una burocracia profesional. Mientras que los ingresos pueden ser analizados también como los recursos fiscales de un Estado, y, en tercer lugar, la información como un recurso para conocer las necesidades de la población (Centeno, 2009). Estos últimos dos están relacionados a la burocracia, puesto que es esta quien finalmente administra los ingresos y recopila información.

Para la presente tesis se recogen las definiciones previas y se entiende la capacidad estatal como una burocracia profesionalizada, con capacidad de administrar eficientemente los recursos económicos, tomar decisiones autónomas, sin

influencia externa y en coordinación constante entre los diferentes actores estatales involucrados en la implementación de una política.

Si bien la capacidad estatal resulta esencial para la implementación de una política, estudios recientes también abordan dos aspectos adicionales relacionados a las políticas públicas. Se encuentra en primer lugar, la voluntad o interés político de los funcionarios del Estado.

En este caso, el trabajo de Holland (2017) permite comprender que los funcionarios públicos pueden tomar decisiones a partir de los intereses de la población y/o del beneficio político que puedan obtener. En este sentido, en países de América Latina existen casos de renuncia a aplicar la ley (pese a disponer de la capacidad estatal) para que la ciudadanía pueda beneficiarse mientras los funcionarios públicos reciben apoyo político.

Tal es el caso de la informalidad en países como el Perú, donde los gobiernos toleran la trasgresión de normas que devienen en situaciones no legales como es el caso del comercio ambulatorio (Holland, 2017). En este ejemplo, se considera que el hecho de no aplicar normas para reducir el comercio ambulatorio se sustenta en que la población de escasos recursos económicos necesita adquirir ingresos mediante este medio. En caso de ir en contra de esta forma de sustento, un actor político puede perder apoyo para un siguiente proceso electoral.

De este modo, se observa que la decisión de los hacedores de políticas tiene un impacto en la ciudadanía. En el caso de la renuncia a aplicar normas ("forbearance"), los funcionarios del Estado muestran un interés en permitir situaciones de informalidad y/o ilegalidad. En este sentido, se encuentra que, aparte de la capacidad estatal, la voluntad política también tiene repercusiones sobre la sociedad.

En segundo lugar, la efectividad de una política también puede explicarse por la influencia de la sociedad civil a través de iniciativas sociales. Tal como argumentan Augusto et al., (2017) el interés de la ciudadanía por la ejecución de programas ha generado que se involucren directamente. Ello ha permitido que se lleguen a cubrir las "brechas de implementación", concepto propuesto por Grindle (2009) y que va a ser definido en la siguiente sección.

Esto se ejemplifica en la tesis de Chara et al., (2012) sobre el programa de Planificación Familiar en Huancavelica. Tal como evidencian las autoras, parte de la comunidad civil toma el rol de intérpretes de forma voluntaria para transmitir la

información del efecto y uso de métodos anticonceptivos a personas que no conocen el español.

Estos factores resultan ser influyentes más allá de la capacidad estatal. Lo cual evidencia que el desempeño de una política también puede explicarse por razones externas a la implementación directa de la burocracia del Estado.

### 1.2.2 Las políticas públicas

Las definiciones sobre el concepto de política pública son variadas. Existen concepciones que la engloban como toda línea de acción del Estado que aborde problemas o provea de bienes y servicios a la sociedad (May, 2018). Estas líneas de acción pueden ser normas legales u otra clase de acciones que pueda llevar a cabo un gobierno. También la política pública puede ser enmarcada como la intervención que realiza un Estado determinado para generar cambios que modifiquen el statu quo de una comunidad (Merino, 2013).

Sin embargo, para el presente trabajo, se toma la definición propuesta por Joan Subirats (2008) debido a que es requerida una definición que conciba la política pública como un campo de estudio enfocado en la resolución de un problema de interés público. Por ende, se delimita el concepto a “una serie de decisiones o de acciones, intencionalmente coherentes, tomadas por diferentes actores, públicos y a veces no públicos - cuyos recursos, nexos institucionales e intereses varían- a fin de resolver de manera puntual un problema políticamente definido como colectivo” (Subirats et al., 2008, p. 36).

Para la resolución del problema público, es necesario que existan procesos a través de los cuales la política pública se desarrolle y sea desplegada en un grupo objetivo. Estos procesos forman parte del ciclo de políticas públicas, el cual no es necesariamente estable ni progresa de forma determinada, sino que evoluciona de diferente forma dependiendo del contexto en que se desarrolle. Por ende, existen diversas concepciones del ciclo de políticas públicas.

La idea general del inicio de este ciclo es la existencia de un problema, lo cual conlleva procesos a través de los cuales se desarrolla la política y termina siendo evaluada una vez implementada. Estos procesos son variables y existen diferentes formas de concebirlo. Aunque inicialmente Laswell diseñó un orden en el ciclo de las políticas públicas, otros investigadores como Nagel, Jones o Anderson modificaron las etapas (García, 2017).

Así, en la actualidad es posible concebir el ciclo de las políticas públicas a partir de un orden de siete etapas. Se encuentra en primer lugar el surgimiento de un problema, el cual posteriormente es percibido por un grupo o actor social, para luego pasar a ser integrado en la agenda de un gobierno. Ello deriva en la formulación de alternativas de solución, siendo una de ellas posteriormente escogida y después implementada. Este ciclo culmina con la evaluación de la política y puede reiniciarse con un resurgimiento del problema (García, 2017; Subirats et al., 2008). Para el caso de estudio, el enfoque estará centrado en la implementación, puesto que el análisis aborda la ejecución del programa y el contexto que lo rodea.

### 1.2.3 La implementación de las políticas públicas

Esta fase del ciclo de políticas públicas requiere de un estudio detallado, puesto que es el periodo en el cual intervienen diversos factores determinantes para el resultado final de la política (Pardo et al., 2018).

No obstante, Hogwood y Gunn (2018) mencionan que anteriormente los estudios de políticas públicas solían analizar solo las decisiones o el proceso de formulación de una política pública. Ello dejaba de lado el posterior análisis de la implementación, sin realmente conocer cómo se realizaba el despliegue de la política dentro de una población objetivo.

Ante este vacío en la literatura comienzan a desarrollarse trabajos que buscan conceptualizar el término de implementación. Para Sabatier y Mazmanian (1993) la implementación puede comprenderse como el cumplimiento de una decisión política. Van Meter y Van Horn (1975) proponen otra concepción de la implementación como toda acción realizada por actores públicos o privados enfocados en el cumplimiento de objetivos previamente decididos. Estas definiciones evidencian que la implementación es un proceso posterior a la toma de decisiones en el ciclo de una política. Sin embargo, aún queda por precisar qué ocurre dentro de la implementación.

En este sentido, existen diversos factores que pueden estar involucrados en el desarrollo de la implementación. Tanto las capacidades de los burócratas, como los recursos, intereses de actores e incluso los beneficiarios, son variables capaces de incidir en el despliegue de una política pública (Pardo et al., 2018). Asimismo, la capacidad estatal e incluso el contexto en que se implementa una política puede terminar por generar un resultado distinto al esperado. Es por ello que se considera

poco probable una implementación perfecta, sin algún factor que pueda modificar su impacto (Hogwood y Gunn, 2018).

Ante ello, surgieron estudios que analizan la distancia entre lo que se busca implementar y la implementación real de una política. En este sentido, surge el concepto de brecha de la implementación. Esta brecha puede ser mínima, con repercusiones levemente alejadas a lo esperado, hasta amplia, con una implementación significativamente distinta al planteamiento original.

Según Merilee Grindle (2009), existen diversas fuentes que pueden acrecentar la brecha como por ejemplo el caso de la política pública como problema, donde se pueden encontrar obstáculos a partir de la cantidad de actores en coordinación, el comportamiento de los funcionarios públicos o la atención a cada nivel de gobierno. Esta fuente resalta la relevancia de la burocracia estatal. Sin embargo, no es la única que afecta la implementación. Los factores contextuales también son capaces de influir en el despliegue de la política.

Para analizar la implementación de una política pública, se debe conocer en primer lugar cuáles son los enfoques para el análisis de una implementación. Por lo tanto, a continuación, se detallan los enfoques más utilizados para observar la fase de implementación y se propone que el más apropiado para el presente estudio sería la perspectiva multinivel.

#### 1.2.4 Enfoques para el análisis de la implementación de políticas públicas

En la literatura sobre implementación de políticas públicas existen dos enfoques principales a través de los cuales se analiza esta fase del ciclo de políticas: el enfoque *top-down* y el enfoque *bottom-up* (Sabatier, 1986).

El enfoque *top-down* tiene como principal área de investigación las acciones de gobierno desde las instancias más altas, hasta los niveles inferiores. Así, el análisis parte desde “la toma de decisiones –usualmente un estatuto–, y después examina el grado en que sus objetivos, legalmente ordenados, fueron alcanzados en el tiempo y por qué” (Vaquero, 2007, p. 145).

Asimismo, para Sabatier (1986), el enfoque *top-down* permite conocer si realmente la implementación se está realizando como se esperaba en el diseño de la política. De este modo, el enfoque toma a los burócratas de altos cargos como los actores más importantes en un programa público, puesto que van a ser estos quienes

tomen las decisiones más importantes sobre la implementación de la política en la población objetivo.

En el caso del enfoque *bottom-up*, este surge como una crítica al enfoque *top-down*. A modo de contraste, el diseño *bottom-up* parte por analizar el nivel más bajo de las etapas de la implementación, observando en un inicio la relación entre los burócratas que despliegan la política y la población objetivo (Vaquero, 2007). De este modo, este enfoque se centra en estudiar cómo las acciones de nivel inferior pueden ir afectando a los niveles más altos, de modo tal que se altere el despliegue de la política.

Esta perspectiva resalta el accionar de los burócratas de la calle, funcionarios encargados de entregar una política. Ya sea que distribuyan beneficios, sanciones o delimite las oportunidades de las personas, el burócrata de la calle es quien ejerce influencia sobre la vida de la gente (Lipsky, 1980). De esta forma, el análisis *bottom-up* permite identificar cómo la implementación es realizada a nivel local.

Ambos enfoques presentan una perspectiva que permite comprender la implementación de una política. En este sentido, Sabatier (1986) menciona que el enfoque *top-down* es preferible cuando se cuenta con legislación que estructura la política. Ello debido a que se podrá analizar un programa desde su propia normativa. En cambio, el enfoque *bottom-up* es más adecuado cuando se pretende realizar un estudio donde están involucrados múltiples actores con distintos niveles de poder o cuando se quiere analizar diferentes situaciones locales (Sabatier, 1986).

Si bien estos dos enfoques son los más notorios, también se han desarrollado otros, denominados híbridos, que combinan aspectos del *top-down* y *bottom-up*. En este ámbito se encuentra el “marco de coaliciones de apoyo” propuesto por Sabatier (1986), que analiza subsistemas dentro de la política compuestos por actores tanto públicos como privados. De este modo en el análisis de la implementación se observa tanto la capacidad estatal como la actividad de actores externos al Estado.

Asimismo, algunos autores han propuesto el enfoque multinivel. De esta forma, la política se comprende de “acciones llevadas a cabo en conjunto por organismos estatales de distinto estamento que tienen por objetivo transformar realidades, abordar problemáticas o resolver necesidades” (Suárez y Gasparrini, 2019, p. 5).

A partir de este marco se encuentra que la implementación puede ser observada desde diferentes perspectivas. En el caso del programa de Planificación Familiar en Pasco, se requiere estudiar tanto el funcionamiento de la política en la

región, como la coordinación entre esta y el Ministerio de Salud. Por lo tanto, un enfoque multinivel permite comprender tanto el desempeño subnacional desde los burócratas de la calle hasta el área administrativa de la Dirección Regional de Salud, como la coordinación con el Ministerio de Salud para la obtención de los insumos necesarios para desplegar la política en la región.

#### 1.2.5 Factores que inciden en las políticas de salud

La literatura sobre programas de salud ha desarrollado nuevas perspectivas que se enfocan no solo en la atención dentro de los servicios de salud, sino también en las condiciones contextuales que puedan influir en el acceso a estos. En medio de ello, surge la concepción de los determinantes sociales de la salud, los cuales son la condición socioeconómica, la cultura o el ambiente en el que se desarrolla una persona, y que repercuten en el cuidado su salud (Álvarez, 2009; García-Ramírez y Vélez-Álvarez, 2013). Estos factores, además, dialogan con la brecha de la implementación propuesta por Grindle (2009), puesto que inciden en el desempeño de los programas de salud.

Por ende, en la presente tesis se considera que la atención médica no es el único factor que condiciona la salud de una población, sino que también esta se encuentra determinada por factores sociales bajo los cuales se desenvuelve (Vega et al., 2005). En este sentido, existen condiciones sociales que pueden generar barreras al momento en que las personas pretendan acceder a servicios de atención en centros de salud. Estas barreras son identificadas como variables independientes y afectan a la variable dependiente de esta investigación, esto es, el acceso continuo a anticonceptivos modernos a través del Programa de Planificación Familiar en Pasco.

En primer lugar, se encuentran los aspectos socioeconómicos. En América Latina, la capacidad de adquisición económica ha sido y sigue siendo uno de los determinantes sociales que influye en el acceso a la atención en materia de salud. Especialmente luego de que varios países definieran una tendencia neoliberal, el sector privado tomó mayor protagonismo y asumió la provisión de servicios públicos que eran dejados de lado por el Estado (Gamboa y Arellano, 2007).

Bajo este sistema, la desigualdad se incrementó debido a que personas con mejor posición económica podían atenderse en centros de salud con mayor facilidad a comparación de las personas con menos recursos. Tal como sostiene Álvarez (2009), a pesar de existir mejoras en el promedio de las condiciones de salud, las

desigualdades se mantuvieron presentes al observar el nivel socioeconómico en el interior de los países.

En el caso del acceso continuo a métodos anticonceptivos modernos, Gakidou y Vayena (2007) sostienen que un menor nivel socioeconómico resulta ser un factor que impide el uso de anticonceptivos para poder controlar la natalidad y generar embarazos deseados, mientras que en situaciones de ingresos económicos superiores existe una mayor facilidad de adquirir métodos modernos.

En segundo lugar, otro determinante social identificado es la comunidad a la que pertenece una población. En el caso de América Latina, existen comunidades indígenas y amazónicas que tienen su propia forma de organización social sin necesidad de interactuar con el Estado (Alwyn, 2014).

Es por ello que, para promover el acceso a la atención médica y acortar las desigualdades, algunos países han presentado programas con énfasis en la interculturalidad. Tal es el caso de Argentina con Salvaguarda Indígena, una política destinada a incentivar la participación de pueblos originarios en materia de salud (García-Ramírez y Vélez-Álvarez, 2013).

En el caso peruano, también se implementaron programas que responden a las características particulares de las poblaciones. Para ello se tomó en cuenta la diversidad lingüística a través de campañas bilingües promovidas por el Ministerio de Salud, de modo que se difundiera información en el idioma natal de distintas comunidades (Rousseau et al., 2017). Estos medios de atención, enfocados en la interculturalidad, permiten acortar brechas como la del idioma, de modo tal que las personas puedan recibir la información necesaria en la lengua de su preferencia.

Sin embargo, esta política puede variar en su desempeño y en diversas regiones ser insuficiente. Según Rousseau et al. (2017), esta variación puede deberse a la falta de voluntad de los funcionarios públicos, la falta de información sobre la diversidad de lenguas en una región, bajo presupuesto e incluso la concepción del castellano como herramienta necesaria para el ascenso social.

Por lo tanto, la barrera del idioma se mantiene aún presente y puede ser aún más compleja en regiones donde conviven múltiples lenguas a la vez. Tal es el caso de Loreto debido a que se reconocen 27 lenguas distintas, lo cual posiciona a este departamento como el que mantiene mayor diversidad lingüística (Centro de Recursos Interculturales, 2015).

En tercer lugar, se encuentra el conservadurismo de la sociedad peruana. En este caso, también se observa la presencia de actores civiles que se oponen tanto a la educación sexual integral en los colegios, como al uso continuo de métodos anticonceptivos. Ello ha generado debates que continúan hasta la actualidad como lo es la legalidad del anticonceptivo oral de emergencia. Parte de la crítica realizada desde la Iglesia y médicos conservadores es que tal anticonceptivo es en realidad un método abortivo (Faúndes et al., 2007).

Bajo esta posición, varias organizaciones se han movilizadado en contra de este anticonceptivo, como el Centro de Promoción Familiar y Reconocimiento Natural de la Fertilidad (CEPROFARENA). Para esta organización, el uso de métodos anticonceptivos modernos “deberían prohibirse pues atentan contra la vida, la concepción, y por ello están en contra de la familia y de la supervivencia de la sociedad” (Mujica, 2011, p.344).

La presencia de estos colectivos puede tener repercusiones en la población a la cual se transmite este tipo de información, especialmente los menores de edad. Nuevamente como ejemplo, el CEPROFARENA coordina junto a diversos colegios la difusión de libros con crítica sobre anticonceptivos, el aborto, el matrimonio homosexual y la promoción de la castidad o el acto sexual limitado a la reproducción (Mujica, 2011).

En cuarto lugar, el acceso a anticonceptivos puede encontrarse limitado por las relaciones desiguales de género. Esta clase de diferencias están ligadas a una cultura machista donde las mujeres se encuentran subyugadas a las decisiones del hombre, quien es configurado como una autoridad superior (Oblitas, 2009).

De la Cruz et al. (2003) observan que las actitudes frente a la Planificación Familiar difieren entre los sexos, donde los hombres mantienen un nivel de aceptación inferior a las mujeres. Ello repercute en la relación entre parejas y el uso de métodos modernos, Por tanto, las mujeres pueden ver disminuido el acceso al cuidado de su salud sexual y reproductiva.

En este sentido, “la violencia basada en género implica que las mujeres no acudan al establecimiento de salud, ya que no cuentan con la autorización de su pareja para usar un anticonceptivo” (Carmona et al., 2016, p.148). Ello demuestra que en ciertos casos existe un control del hombre sobre la mujer, de modo que esta se ve impedida de acceder a un método moderno por más que lo desee.

Estos factores identificados son considerados como variables independientes, capaces de influir en la implementación del programa de Planificación Familiar. De este modo, se observa en el caso de Pasco cuál es el impacto de estos factores sobre la política pública.

Por ende, la primera hipótesis de la tesis es que, en la región de Pasco, el contexto cultural como la barrera del idioma no es un determinante que limite el acceso a la información del funcionamiento de anticonceptivos modernos. Asimismo, la segunda hipótesis planteada es que en Pasco el conservadurismo no es un factor que restrinja el acceso a la información que el Programa puede proveer a la población. La tercera hipótesis sostiene que en la región de Pasco la desigualdad de género no resulta en restricciones a la libertad de decisión de las personas usuarias de anticonceptivos, lo cual permite que estas puedan acceder voluntariamente.

En relación a la capacidad estatal se encuentra la cuarta hipótesis, la cual es que la región cuenta con suficiente personal médico capacitado para aplicar y transmitir la información de anticonceptivos modernos. Ello incluye estrategias con enfoque intercultural que permita acercarse a la población. En adición a ello, la quinta hipótesis es que en Pasco la Diresa cuenta con recursos económicos en materia de Planificación Familiar para adquirir los recursos materiales como viene a ser la oferta y variedad de anticonceptivos modernos para que la población pueda escoger el método de su preferencia. Finalmente, la sexta hipótesis es que existe una voluntad política de los funcionarios públicos para promover el programa de Planificación Familiar.

### 1.3 Diseño de investigación y marco metodológico

Esta sección detalla el diseño de investigación y la metodología utilizada para la elaboración de la tesis. En primer lugar, se aborda el diseño de investigación y se selecciona el más apropiado para analizar la implementación del Programa de Planificación Familiar. En segundo lugar, se plantean las razones por las cuales se ha escogido como caso de estudio la Dirección Regional de Salud de Pasco. En tercer lugar, se aborda la necesidad de escoger un solo caso de estudio, que en esta tesis es Pasco. Finalmente, se presentan las fuentes utilizadas, cómo se analiza la información recopilada y cuáles son los actores identificados para recoger información sobre la política.

Primero, existen diversos diseños de estudio de casos, los más utilizados son los estudios experimentales y cuasi experimentales, así como las investigaciones observacionales cuantitativas y cualitativas (Munck y Verkuilen, 2005). Cada enfoque tiene un propósito distinto, dependiendo de lo que se pretenda estudiar. En relación a los estudios experimentales y cuasi experimentales, la persona que investiga puede seleccionar aleatoriamente los casos de tratamiento o grupos de control (Munck y Verkuilen, 2005).

Asimismo, los estudios cuantitativos son más utilizados al observar una gran cantidad de casos, mientras los cualitativos son considerados al tomar como objeto de estudio pocos casos. Estos dos últimos tipos de estudio difieren de los experimentales y cuasi experimentales porque son del tipo observacional.

Tal como mencionan Munck y Verkuilen (2005), no existe un tratamiento en estas investigaciones, solo se observa cómo las variables identificadas se desarrollan. Esto también incluye a los experimentos naturales, puesto que los investigadores tampoco influyen directamente, sino que analizan los cambios por los que atraviesa el o los objetos de estudio. Tomando en cuenta ello, el estudio del programa de Planificación Familiar en Pasco se enmarca dentro de las investigaciones observacionales de corte cualitativo.

Además de ello, la selección de un caso regional permite conocer a mayor profundidad la implementación de la política. En este sentido, Snyder (2001) menciona que los procesos de descentralización en diferentes países han traído consigo mayor agencia por parte de los gobiernos subnacionales en el desarrollo de un programa público.

Por ende, el estudio toma en cuenta las acciones de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Pasco desde el trabajo de los burócratas de la calle hasta las altas instancias del gobierno regional. Asimismo, al tomar en cuenta que esta política es nacional, se observa la coordinación entre la DIRESA y el MINSA sobre la distribución de recursos y ejecución de la política.

Segundo, en relación al estudio de caso, existen estudios comparados donde se analiza una misma política en diferentes escenarios. Sin embargo, en esta tesis se opta por el estudio de caso único, de modo tal que solo se estudia la implementación del programa en Pasco. Ello debido a que la región escogida cumple con las características de un estudio de caso desviado.

De acuerdo a Levy (2008), los estudios de caso desviado son aquellos en los que se observa que las hipótesis generadas a través de la literatura pueden ser redefinidas o reemplazadas. En este sentido, Pasco funciona como un caso desviado, puesto que es una región donde parte de su población tiene el quechua como lengua materna, existe una baja ejecución del presupuesto en salud y se mantienen altos niveles de pobreza (Neyra, 2020).

Tomando en cuenta los factores contextuales que inciden en la implementación de una política, se esperaría que el Programa de Planificación Familiar fracasara en la provisión de información y acceso a métodos anticonceptivos modernos. Sin embargo, esta región se encuentra entre las primeras del país en el acceso continuo a métodos anticonceptivos. Por lo tanto, el estudio del Programa permitirá comprender el desarrollo de la implementación en la región y cómo se pueden generar mayores índices de acceso a anticonceptivos a pesar de los desafíos preexistentes.

Tercero, para la recopilación de información se utilizan dos fuentes principales. Por un lado, los informes de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) servirán para conocer el porcentaje de la población que tiene acceso continuo a métodos anticonceptivos modernos a través del sector público. Asimismo, en estos informes se encuentra detallado el porcentaje de uso de cada método, razones por las cuales se dejó de usar alguno y las variaciones entre áreas geográficas urbano-rural. De este modo, se tendrá una evidencia al momento de proceder con la segunda fuente principal, que son las entrevistas cualitativas. Estas entrevistas son semiestructuradas, lo cual permite abordar preguntas específicas sobre la implementación del Programa y también profundizar en las áreas de mayor interés para las personas entrevistadas.

## Capítulo 2: El sistema de salud en el Perú, el programa de Planificación Familiar y el contexto de la región de Pasco

Este capítulo se despliega en tres áreas: el estado y funcionamiento del sistema de salud en Perú, el diseño del programa de Planificación Familiar y la caracterización de la región de Pasco. El primer subcapítulo analiza el sistema de salud en relación a su capacidad estatal, los desafíos que se presentan en este sentido y la importancia de las reformas estatales para la mejora del desempeño de políticas de salud.

Asimismo, se aborda el proceso de descentralización del sistema de salud, los beneficios que este proceso trajo consigo y también los nuevos desafíos que supone para la coordinación entre Direcciones Regionales de Salud y el MINSA. Finalmente, se describe el impacto y respuesta del sistema de salud durante la pandemia, la toma de decisiones y la efectividad de estos.

El segundo subcapítulo se enfoca en el programa de Planificación Familiar y se detalla brevemente aspectos históricos. En este sentido, se observa la implementación del programa en el país, los cambios que sufrió durante diferentes gobiernos y los avances y retrocesos hasta la actualidad con la actualización de la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar del 2017. Con respecto a esta norma, se observan sus lineamientos en relación a la adquisición de anticonceptivos y la transmisión de información.

Finalmente, el tercer subcapítulo describe la región de Pasco en tres aspectos importantes. En el primero, se encuentra el ámbito poblacional, aspectos como la cantidad de personas diferenciadas por sexo hasta el idioma materno. En el segundo, se observa el ámbito económico a partir del uso del presupuesto público, el ingreso promedio mensual de los trabajadores y los ingresos de la región. En el tercero, se detallan características de acceso a oportunidades y retos para las mujeres que habitan en la región.

### 2.1 El sistema de salud en el Perú

La sección del sistema de salud está dividida en tres subsecciones. En primer lugar, se aborda el estado de las capacidades estatales en relación al sistema de salud. Dentro de ello, se detallan aspectos importantes que pueden influir en mayores o menores capacidades estatales. En este sentido, la toma de decisiones y la voluntad política resultan ser dos factores que logran impactar sobre las capacidades estatales.

Asimismo, se hace énfasis en la variación de ésta, tanto por áreas geográficas como por instituciones estatales.

En la segunda subsección, se toma en cuenta el contexto actual del sistema de salud. Por ello, se analiza el proceso de descentralización desde sus inicios en 2002, la delegación de poderes a gobiernos regionales y locales por parte del gobierno central y el estado actual de este proceso. En relación al programa de Planificación Familiar, se estudian las instituciones que participan en el proceso de adquisición de anticonceptivos.

Finalmente, en la tercera subsección se aborda la forma en cómo el Estado peruano respondió a la pandemia por COVID-19 en el área de salud durante el 2020. En este sentido, se abordan las acciones tomadas en relación a los recursos humanos, materiales y económicos utilizados, así como el impacto de estas acciones durante el primer año de pandemia en el país.

#### 2.1.1 El sistema de salud en relación a su capacidad estatal

El sistema de salud en el Perú ha experimentado avances a través de los años. Uno de ellos fue la política que permitía un aseguramiento universal en salud (AUS). Con ello se pretendía que la población cuente con un seguro que les permita recibir atención médica de forma más accesible. Así, para 2015, el 72.9% de la población llegó a contar con un seguro de salud (Lazo-Gonzales et al., 2016).

Si bien en este sentido la cobertura del seguro permite que la población cuente con mayor acceso a los servicios de salud, también se requiere observar cuál es el estado del sistema de salud. En este sentido, en la presente subsección se mencionan las capacidades estatales dentro del sistema de salud peruano a partir de los recursos humanos, recursos materiales y recursos económicos.

Para estudiar las capacidades estatales se deben considerar los diferentes niveles de un Estado. De esta forma, se pueden analizar a nivel nacional como también a nivel subnacional. Si el análisis es subnacional, se pueden hacer comparaciones entre regiones, provincias o distritos para observar cómo las capacidades estatales varían de un área a otra. Asimismo, la variación de la capacidad estatal también puede encontrarse al estudiar diferentes instituciones del Estado. Así, puede encontrarse un departamento con mayor capacidad en materia económica, pero menor capacidad en materia social (Augusto et al., 2017). De esta forma, se encuentra que la capacidad estatal puede ser diferente tanto en regiones geográficas

de aplicación como en el rendimiento de las diversas agencias estatales que pueden encontrarse en una región específica.

La capacidad estatal del sistema de salud puede analizarse en un primer lugar, a partir de la burocracia con la que cuenta. En este sentido, se observa que para el año 2019, en materia de recursos humanos, se reportaron 13.5 médicos por cada 10 mil habitantes en Perú (Dirección General de Personal de la Salud, 2021). Esta cifra se encuentra por debajo del promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos que es 3.6 por mil habitantes, es decir, 36 médicos por 10 mil habitantes (OCDE, 2021). En ese sentido, la cantidad de médicos en Perú está por debajo de la mitad del promedio global.

Asimismo, la distribución de los recursos humanos por regiones es desigual. Regiones como el Callao, Lima y Arequipa cuentan con más de 17 médicos por 10 mil habitantes (Dirección General de Personal de la Salud, 2021). Esta distribución concentrada en la capital y ciudades grandes es observada también por la OCDE (2021), que menciona que los médicos son más reacios a ir a zonas rurales y tienden a ejercer su profesión mayormente en áreas urbanas.

En el caso de los profesionales de la salud especializados en obstetricia, la cantidad de personal por cada 10 mil habitantes fue de 5.5 en 2019 (Dirección General de Personal de la Salud, 2021). Estos especialistas son esenciales en los servicios de salud sexual y reproductiva, puesto que están encargados de atender a mujeres en servicios neonatales y aplicar métodos anticonceptivos de intervención quirúrgica (Ministerio de Salud, 2017).

Si bien la cantidad de personal de la salud es importante para observar la capacidad burocrática, uno de los factores que también incide en ella es la profesionalización de esta burocracia. Por un lado, se encuentra que los profesionales de la salud requieren de mayor capacitación después de terminar sus estudios (Taype-Rondán et al., 2015). Sin embargo, en la práctica la capacitación en las instituciones públicas es escasa. Tal como mencionan Espinoza-Portilla et al., (2021) en el país solo el 29% del personal del Estado se encuentra debidamente capacitado para proveer los servicios de salud.

Por otro lado, la profesionalización del personal también se puede ver afectada por decisiones del personal dentro de las instituciones de salud estatal. En una tesis acerca del clientelismo político y su relación con la capacidad estatal, Palacios y Vera

(2019) hallaron que en el Ministerio de Salud se otorgaban cargos por lealtad sobre la meritocracia.

Estas situaciones pueden repercutir sobre la capacidad estatal ya que, la falta de capacitación puede limitar la atención eficaz de los servicios de salud. Asimismo, al existir funcionarios en posiciones altas sin la competencia requerida, las metas planteadas por el MINSA se verían obstaculizadas. Si bien esta situación demuestra un caso en que la capacidad estatal encuentra barreras desde el ámbito burocrático, también es posible que se fortalezca gracias a este mismo.

Tal como mencionan Augusto et al. (2017), las reformas pueden fortalecer al Estado a nivel subnacional, donde gobernadores y alcaldes con voluntad política son los generadores de cambios significativos dentro de sus territorios. Esto se puede ejemplificar en el caso del desempeño de la política de nutrición infantil en la región de San Martín analizado por María Boggio (2018) quien encuentra que el liderazgo político construido y legitimado en el departamento fue uno de los factores que permitió al gobernador regional construir una organización eficaz que lleve a cabo el programa.

En segundo lugar, los recursos materiales del Estado (segunda dimensión de la capacidad estatal) pueden observarse a través de la infraestructura e insumos médicos. Espinoza-Portilla et al., (2021) mencionan que el personal de salud reconoce que los centros de salud en los que trabajan presentan una infraestructura deficiente y la falta de insumos médicos son un problema urgente en los establecimientos de salud. En este sentido, la falta de equipamiento y de medicamentos resulta en una barrera para que la población pueda ser atendida de forma correspondiente en los centros de salud. Esta situación no es exclusiva de un área en particular dentro del país, sino que está presente en casi todas las regiones (Espinoza-Portilla, 2021).

Asimismo, la falta de abastecimiento de insumos médicos es un aspecto que también repercute en la salud sexual y reproductiva. En su informe sobre el desarrollo del programa de Planificación Familiar, Chávez y Távara (2010) mencionan que la falta de oferta de anticonceptivos modernos genera una barrera para que las personas puedan utilizar el método de su preferencia. Ello fuerza a que se consigan estos insumos en establecimientos privados, lo cual resulta ser un limitante para aquellas personas que cuentan con escasos recursos económicos para conseguir anticonceptivos por este medio.

En tercer lugar, los recursos económicos en salud pueden observarse a partir del presupuesto disponible y el presupuesto ejecutado. En este sentido, el Estado durante el año 2019 destinó en su Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) 17,102 mil millones de soles a los servicios de salud (Ministerio de Salud, 2019). Esta cifra llegó a incrementarse a través del Presupuesto Institucional Modificado (PIM) a 20,091 mil millones de soles. De este nuevo presupuesto, la ejecución fue del 88.4%, lo cual dejó aproximadamente 2 mil millones sin utilizarse.

En relación a la ejecución del presupuesto en el cuidado reproductivo, se observa que el gobierno llegó a utilizar 32 millones para los servicios de Población informada sobre salud sexual, salud reproductiva y métodos de planificación familiar (Ministerio de Salud, 2019). Asimismo, se utilizaron 55 millones para los servicios de Población accede a métodos de Planificación Familiar. El uso del presupuesto para ambos servicios fue de 99% y 99.3%, respectivamente, lo cual indica que la ejecución en estas materias es óptima. No obstante, diversas investigaciones mencionan que persiste la falta de información sobre el funcionamiento de métodos anticonceptivos modernos y el acceso a una mayor oferta de estos (Irons, 2019; De la Cruz et al., 2003; Chara et al., 2012).

Bajo esta evidencia se comprende entonces, que la capacidad estatal en el Perú puede variar dependiendo de la capacidad de los funcionarios, de los recursos materiales y la ejecución del presupuesto. Asimismo, estas capacidades estatales mantienen deficiencias, puesto que la cantidad de servidores de salud no es la óptima.

También se ha reportado que el estado de las instalaciones y abastecimiento de insumos médicos no permite que se puedan implementar eficazmente los programas de salud. Finalmente, aunque existen índices elevados de ejecución presupuestal en servicios de salud sexual y reproductiva, en la práctica se observan problemas al acceso a la información y uso de anticonceptivos por parte de la población.

### 2.1.2 La descentralización del sistema de salud en Perú

Esta subsección aborda la descentralización del sistema de salud. Se detalla en primer lugar los avances realizados en los años recientes como la transferencia de cargos a gobiernos regionales, la administración de las políticas de salud. En segundo lugar, se aborda la nueva coordinación entre diferentes niveles de gobierno. Finalmente, en tercer lugar, se enfatiza la adquisición de anticonceptivos por parte del

Estado y la dependencia al gobierno central por parte de las direcciones regionales de salud (DIRESAs) en relación a los recursos económicos para la ejecución de programas e inversión.

El proceso de descentralización en Perú reinició en 2002 durante el gobierno de Alejandro Toledo, de modo que el gobierno central comenzó a transferir competencias y funciones hacia gobiernos regionales y también a gobiernos locales (Presidencia del Consejo de Ministros, 2018; Velásquez et al., 2016). De esta forma, los gobiernos subnacionales asumieron las responsabilidades de gestionar programas sociales y proyectos de inversión.

En el caso del sector de la salud, la descentralización se llevó a cabo a partir de 2004 y 2005. En este sentido, la gestión y administración de los servicios de salud, la ejecución de las políticas y la administración de la inversión pública fueron transferidas a los gobiernos regionales (Gianella et al., 2020). De este modo, el concepto de descentralización se comprende como un proceso bajo el cual los gobiernos subnacionales adquieren autonomía administrativa para llevar a cabo la implementación de políticas públicas de la salud. Sin embargo, aún se dependía del MINSA en materia económica.

Si bien con la descentralización se esperaba mejorar la eficacia y eficiencia del sistema de salud en las regiones del país, el proceso generó nuevos inconvenientes en términos de coordinación y especificación de materias designadas a cada nivel de gobierno (Presidencia del Consejo de Ministros, 2018). En este sentido, la transferencia de competencias y funciones hacia los gobiernos regionales y locales se realizó sin priorizar las capacidades de gestión y disponibilidad de recursos para la provisión de servicios.

En un principio, la administración de los programas sociales comenzó a recaer en las direcciones regionales de salud. No obstante, Gianella et al. (2020) plantean que, a pesar del desempeño de las DIRESAs como actores centrales para la planificación de actividades, la ejecución del gasto presupuestal se dio directamente por los hospitales, y el nivel de control de las direcciones regionales también varió por departamento.

Además, la descentralización ha generado que la coordinación entre los gobiernos sea más compleja. Ugalde y Homedes (2002) consideran que los procesos de descentralización pueden afectar los intereses de los administradores centrales en la salud, así como nuevas formas de coordinación desde las autoridades locales y

regionales que adquieren mayor poder. De este modo se producen nuevas interacciones que pueden afectar a la eficacia del sistema público de la salud.

El caso del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos (CENARES) ejemplifica esta situación. Para que en esta entidad se realice una compra a nivel nacional se necesita la aprobación de 180 unidades ejecutoras de gasto público y, en caso alguna se niegue, esta compra se cancela (Gianella et al., 2020). Esto puede terminar generando efectos adversos a la población del país en caso de que las unidades ejecutoras no lleguen a un acuerdo sobre la compra de los insumos necesarios para diversos tratamientos de salud.

Para el caso de la distribución de métodos anticonceptivos modernos, el CENARES también toma un rol importante en la adquisición. Tal como se estipula en la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar, las DIRESAs tienen la responsabilidad de efectuar la programación anual de productos farmacéuticos y dispositivos médicos, y coordinar con la Dirección Regional de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), para presentar la programación al CENARES (Ministerio de Salud, 2017, pp. 39-40).

Un aspecto incompleto de la descentralización es la autonomía presupuestaria, ya que los gobiernos regionales siguen dependiendo de los recursos destinados por el gobierno central. Anteriormente esto también involucraba al Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) como ente administrador del presupuesto (Gianella et al., 2020). Sin embargo, una nueva reforma en 2014 permitió que el MINSa, a través del Programa Nacional de Inversiones en Salud (PRONIS), pueda hacerse cargo de proyectos de inversión mediante un convenio con los gobiernos regionales que deseen implementarlos, pero que no cuenten con la capacidad de hacerlo (Velásquez et al., 2016).

En relación al acceso a métodos anticonceptivos modernos, los gobiernos regionales son dependientes del abastecimiento que pueda proveer el Ministerio de Salud. En este sentido, la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar estipula lo siguiente:

De la población total de mujeres en edad fértil se toma el 51.2% que es la prevalencia de usuarias de métodos de planificación familiar; se añade el 8.6% del total de MEF que es la demanda insatisfecha en planificación familiar y el 1.0% de falla de método anticonceptivo. En total se toma el 60.8% de las MEF para programación. De este resultado le corresponde al MINSa o a los establecimientos de los gobiernos regionales atender al 51.9% de dicha población, siempre que haya otros proveedores

de servicios de planificación familiar en la jurisdicción (Ministerio de Salud, 2017, p. 33).

De este modo, los gobiernos regionales deben entablar coordinaciones con el gobierno central para que este último brinde la distribución de métodos anticonceptivos en un departamento. Tal como se ha detallado en párrafos anteriores, eso puede variar por el tipo de comunicación que se pueda tener entre los niveles de gobierno, aunque también, como se plantea más adelante, por la misma disposición de los funcionarios en materia de salud.

A partir de este breve repaso sobre la descentralización del sistema de salud peruano se encuentra que el proceso ha implementado nuevas coordinaciones y distribución de competencias entre el gobierno central, los regionales y locales. Ello repercute sobre el programa de Planificación Familiar, puesto que la adquisición de anticonceptivos para su posterior distribución a nivel regional requiere de diversas coordinaciones entre entidades de salud del Estado.

Finalmente, al momento de analizar la norma técnica de salud de planificación familiar, también hay que tomar en cuenta las competencias tanto del MINSA como de las Direcciones Regionales de Salud, puesto que ambos son actores esenciales en relación a la información y distribución de métodos modernos a través del sistema de salud público.

### 2.1.3 La respuesta del Estado en materia de salud durante la pandemia

La presente subsección detalla los esfuerzos y limitaciones del Estado para continuar otorgando servicios de salud durante la pandemia. En el capítulo 1 se mencionaron investigaciones sobre el acceso a anticonceptivos durante la pandemia. En este sentido, el Estado respondió a través de la elaboración y aprobación de normas para desplegar el programa de Planificación Familiar. Sin embargo, estas normas no evitaron que se reduzca en gran proporción el uso de anticonceptivos por parte de la población debido a las restricciones de movilización para evitar el contagio al SARS-COV-2 (Juárez et al., 2020).

Esta no fue la única política que se vio restringida de implementarse como en años anteriores. Tal como señalan Pesantes et al. (2020), debido a la inmovilización social se redujo la oferta de servicios de salud, lo cual afectó a personas que requerían

atención presencial. De este modo, la pandemia de la COVID-19 representó un nuevo desafío en todo el sistema de salud tanto peruano como de otros países a nivel global.

Debido a ello, en la presente subsección se detalla brevemente cómo respondió el Estado en materia de salud en el año 2020 cuando el virus SARS-COV-2 llegó al Perú. Se aborda en primer lugar, los recursos humanos en el sector salud y su exposición al virus. En segundo lugar, se observan los recursos materiales como la cantidad de camillas médicas para tratar a pacientes graves. En tercer lugar, se analiza la disposición de recursos económicos para enfrentar los desafíos de la pandemia. A partir de este breve repaso se pretende conocer la respuesta del gobierno dentro del primer año de la pandemia para comprender el contexto de análisis de este periodo en relación al programa de Planificación Familiar.

En primer lugar, con respecto a los recursos humanos, el personal médico se encontró limitado de ejercer su labor eficazmente cuando en los primeros 100 días del inicio de la emergencia sanitaria se reportaron 1867 médicos contagiados por COVID-19 (Galán-Rodas et al., 2020). Asimismo, aquellos funcionarios de la salud que podían sufrir efectos más adversos del virus debido a comorbilidades o por ser adultos mayores, fueron retirados de la atención presencial.

Debido a que, en Perú, el 23.7% del personal médico se encontraba dentro de la población de riesgo, se generó un recorte de recursos humanos y, para suplir ello, se decidió contratar personal de forma temporal durante el año 2020 (Murillo-Peña et al., 2021). De esta forma, se trató de alcanzar un mayor porcentaje de personal médico. Esta decisión tuvo resultados favorables en algunos departamentos como Lima o Tacna donde se incrementó más del 10% de la densidad de población médica.

Sin embargo, también existieron casos como Puno, región en la cual se redujeron 7.7 puntos porcentuales los recursos humanos en salud (Murillo-Peña et al., 2021). Por ende, aunque el Estado realizó esfuerzos para contratar a nuevo personal médico, ello se dio de forma desigual y en algunas regiones no se llegó a recuperar la cantidad de funcionarios de la salud previa a la pandemia.

En segundo lugar, en relación a los recursos materiales, la pandemia evidenció su falta (Ponce de León, 2021). Esto generó mayores adversidades al momento en que se debía responder frente al virus. La atención médica, si ya se encontraba afectada por la reducción de personal, también afrontaba el desafío de la ínfima disponibilidad de camas para la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Tal como argumenta Ponce de León (2021), el número de camas UCI a nivel nacional a inicios de 2020 era de 133. Si bien para febrero de 2021 se llegó a adquirir más de 2000 camas, el impacto inicial de la pandemia fue drástico y el personal médico se encontró incapacitado de proveer el cuidado necesario a las personas que se encontraban graves de salud.

En tercer lugar, al observar los recursos económicos, se encuentra que el Estado trató de responder a la pandemia con la promulgación de decretos que indicaban un incremento del presupuesto en diversos sectores. En relación a la salud, el 75% del presupuesto designado estaba destinado a la contratación de personal y adquisición de insumos médicos (Lizaraso y Del Carmen, 2021). Sin embargo, en el caso del presupuesto de recursos humanos para tratar casos de COVID, solo se llegó a utilizar el 52.7% del total para el mes de agosto. (Gutiérrez-Aguado et al., 2021).

A partir de estos datos se observa que el sistema de salud se encontraba debilitado antes de la pandemia tanto en recursos humanos, como económicos y materiales. Asimismo, aunque se tomaron decisiones como contratar mayor personal o destinar mayor presupuesto para una mejor respuesta del Estado a la pandemia, estas acciones no fueron suficientes. El incremento de recursos humanos varió entre regiones, donde algunas sí se vieron beneficiadas y otras mermadas. Finalmente, con respecto al presupuesto, su baja ejecución no permitió que se pueda generar una respuesta más óptima a la pandemia. Estos datos nos permitirán comprender más adelante el contexto del primer año de la pandemia y la implementación del programa de Planificación Familiar.

## 2.2 La Planificación Familiar en el Perú

El presente subcapítulo aborda los inicios del programa de Planificación Familiar, el impulso de la sociedad civil para su implementación, así como los desafíos que ha atravesado la política por las decisiones de funcionarios públicos durante los años 2002 y 2003. Asimismo, se aborda la actual Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar y sus disposiciones en relación a la distribución de métodos anticonceptivos, la adecuada transmisión de información, el enfoque inclusivo y la importancia de actores privados para la distribución de anticonceptivos modernos.

### 2.2.1 Inicios y desarrollo del programa de Planificación Familiar en el Perú

El programa de planificación familiar en el Perú ha atravesado por diversos cambios a lo largo de las últimas décadas, lo cual ha generado tanto avances como retrocesos (Aramburú, 2014). En sus inicios, la planificación familiar fue impulsada por organizaciones sociales y las mujeres peruanas que exigían al Estado programas para poder controlar la natalidad. Debido a que aún no se diseñaba una política para ello, algunas organizaciones gubernamentales tomaron la iniciativa, como fue el caso de la hacienda Huando, donde se instaló el primer servicio de planificación familiar en Lima en 1962 (Paredes, 2016).

Si bien años después se aprobó la Ley de Población en 1985, que incluía como parte de la atención de la salud reproductiva el acceso a métodos anticonceptivos modernos (Paredes, 2016; Rousseau, 2007), existieron mejoras y nuevos desafíos que afectaron al Programa. En este sentido, uno de los desafíos del nuevo siglo fue la decisión política de ministros de Salud sobre el programa de Planificación Familiar.

Según Aramburú (2014), durante el gobierno de Alejandro Toledo el Programa Nacional de Planificación Familiar llegó a integrarse dentro del servicio de salud materno-infantil, de modo que la planificación familiar perdió prioridad política y presupuestal. En este sentido, durante los años 2001 y 2003, los ministros de Salud Luis Solari (2001-2002) y Fernando Carbone (2002-2003), políticos de corte conservador, tomaron medidas en contra del acceso a métodos anticonceptivos (Aramburú, 2014).

Tal como mencionan Chávez et al. (2005), los ministros impusieron restricciones al acceso a la información en materia de salud sexual y reproductiva e, incluso, se distorsionó la realidad de ciertos métodos, aduciendo riesgos mayores de contagio de VIH. Asimismo, el Ministerio de Salud comenzó a reducir la distribución de métodos modernos. En este sentido, el “número de anticonceptivos en los establecimientos del MINSA era anormalmente bajo de manera general en todo el país, y que algunos anticonceptivos faltaban completamente en algunas áreas, con dramáticas consecuencias para los usuarios de anticonceptivos” (Rousseau, 2007, p. 326).

Esta clase de medidas generaron que el uso de métodos anticonceptivos modernos descendiera y que los métodos tradicionales se acrecienten durante el año 2004 del 27% al 33% (Aramburú, 2014). A partir de lo observado, se encuentra que la

promoción de la política dentro del mismo Ministerio de Salud es vital para el desarrollo del programa de Planificación Familiar, ya que puede beneficiarlo o perjudicarlo.

Asimismo, una limitación al acceso a anticonceptivos modernos se dio cuando el Congreso aprobó la Ley N° 28704, la cual modificó el inciso 3 del artículo 173 del Código Penal que incluyó las relaciones sexuales en menores de edad de 14 hasta menos de 18 años como delito de violación sexual (Guerrero, 2013). Esta situación generó barreras para aquellos jóvenes que buscaban cuidar su salud sexual y reproductiva al momento de tener relaciones consensuadas, puesto que por ley estaba penado el acto sexual. Debido a ello, no podían acceder a servicios como el programa de Planificación Familiar.

Fue luego de varios años que se trató de despenalizar el acto sexual consensuado entre jóvenes de 14 hasta menos de 18 años que en el 2012 finalmente declaró inconstitucional el inciso 3 del artículo 173 (Guerrero, 2013). Ello fue posible gracias a iniciativas civiles, ya que la demanda en contra de la norma fue interpuesta por 10,609 ciudadanos.

Estos casos como el accionar del Congreso y los ministros de Salud evidencian que la voluntad de los funcionarios públicos puede repercutir en los derechos a la salud sexual y reproductiva. Ello genera un impacto, como se ha observado, en toda la población y también con mayor énfasis en adolescentes.

### 2.2.2 La nueva Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar de 2017

La presente subsección analiza la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar más reciente, que fue publicada en el año 2017. Se pasa a detallar la promoción y oferta de anticonceptivos, sus lineamientos y el enfoque inclusivo al momento de otorgar información y anticonceptivos a toda persona sin distinción.

En 2017 se publicó la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar, la cual es utilizada en la actualidad. Esta norma, es una actualización de la norma previa de 2005, lo cual significa que pasaron más de 10 años para implementar cambios en la política. Durante este periodo de tiempo, se realizaron diversas investigaciones enfocadas en observar el desempeño del programa. Tal como observan en su informe Chávez y Távara (2010), en este programa no existía una mayor oferta de anticonceptivos, puesto que la norma no incluía métodos como el condón femenino o los parches hormonales.

La norma de 2017, entre sus lineamientos, enfatiza tanto la promoción de la salud sexual y reproductiva, así como la prevención de enfermedades de salud sexual, orientación y consejería (Ministerio de Salud, 2017). Asimismo, parte de la atención involucra tanto la prescripción como la entrega del método escogido por la usuaria o la pareja atendida. De este modo, como se menciona en el primer capítulo de esta tesis, el acceso continuo a métodos modernos requiere, aparte de entidades que provean del método, una adecuada información, lo cual está incluido en los servicios de orientación y en la promoción de la salud sexual y reproductiva.

Además, la normativa actual también resalta y promueve el acceso al método anticonceptivo oral de emergencia, el cual ha sido objeto de debate por varios años de parte tanto de funcionarios como de diversas organizaciones civiles (Faúndes et al., 2007). Durante el periodo de los ministros Solari y Carbone, que generó el desmantelamiento del programa de planificación familiar, existieron movimientos feministas que buscaron la distribución del anticonceptivo oral. Sin embargo, los ministros consideraron no otorgarlo (Rousseau, 2007; Faúndes et al., 2007). Ello perjudicó la posibilidad de controlar el embarazo no deseado, especialmente en mujeres de escasos recursos que dependen de la distribución estatal.

Asimismo, otra de las disposiciones de la Norma Técnica actual, es la condición inclusiva de la atención. En este sentido, “está prohibido todo trato discriminatorio por razón de sexo, edad, raza, estado civil, credo, grado de instrucción, orientación sexual, condición económica o cultural de cualquier índole” (Ministerio de Salud, 2017). A pesar de que la normativa toma en cuenta la diversidad de grupos sociales en el Perú, el trato igualitario puede no ser debidamente aplicado. Ello se ejemplifica en la falta de capacitación al personal de salud en transmitir información de los anticonceptivos en el idioma materno de la población, lo cual genera barreras tanto en la confianza hacia el Estado como en el acceso a la información (Chara et al., 2012).

A partir de esta información se encuentra que la Norma Técnica aborda dentro de sus lineamientos aspectos importantes como la inclusión de las personas sin tratos discriminatorios, también la oferta de anticonceptivos, así como la adecuada transmisión de información y la coordinación con actores privados para la provisión de métodos. No obstante, en la práctica, estas disposiciones no terminan de ser aplicadas en diversas regiones, como es el caso de Huancavelica donde existe una barrera de acceso a la información debido a que los funcionarios de la salud no cuentan con conocimiento del quechua (Chara et. al, 2012).

De este modo se observa que la barrera del idioma sigue estando presente y la falta de abastecimiento también es una constante (Correa y Huamán, 2020). Asimismo, el incremento de los precios de anticonceptivos por el medio privado supuso nuevas dificultades a la población durante la pandemia (Promsex et al., 2021). Por ende, a pesar de la actualización de la norma, aún se mantienen los desafíos que limitan a la población a acceder a los métodos anticonceptivos de su preferencia.

### 2.3 La caracterización de la región de Pasco

El objetivo del presente subcapítulo es describir características de la región de Pasco que permitan comprender el contexto en el cual el programa de Planificación Familiar se implementa. Para ello, se detallan los aspectos poblacionales como el idioma materno de las personas, su autoidentificación o la distribución de las personas entre áreas urbanas y rurales. Asimismo, se describe el funcionamiento de la economía en el departamento a partir de los salarios, el manejo del presupuesto público y la adquisición de recursos económicos. Finalmente, se pasa a observar el aspecto político de la región, la gestión del gobernante entre los años de estudio de la tesis que son 2019-2020, los casos de corrupción más recientes y cómo estos llegan a incidir en materia de salud.

#### 2.3.1 La población de Pasco

La presente subsección describe las características de la población de Pasco a partir de los datos del censo de 2017. La información del censo muestra datos como el número de habitantes, así como la distribución poblacional entre provincias y áreas urbanas y rurales. Asimismo, se toman en consideración aspectos étnicos como la autoidentificación y el idioma materno como recurso identificador. Finalmente, se aborda el ingreso real promedio per cápita y la cantidad de población que se encuentra en situación de pobreza por una parte de la población debido a que este factor es considerado como una barrera para acceder a métodos anticonceptivos modernos.

Según los datos del censo de 2017 la cantidad de personas que habitaban la región de Pasco llegó a ser de 254,065 (INEI, 2018a). Este número representa una disminución en el crecimiento poblacional de la región, puesto que para el año 2007 vivían 280,449 personas en el departamento. Ello se explica en parte por la emigración de la población, puesto que 134,725 personas salieron de la región para vivir en otros departamentos (INEI, 2018a). De este grupo, el 64% optó por emigrar a Lima. Esta

situación es similar a la de otras regiones del país que atraviesan procesos de migración y tienen como objetivo Lima, departamento que ha llegado a atraer al 50,1% de migrantes de los departamentos del país (INEI, 2018b).

En relación a la distribución de habitantes, la población de Pasco se encuentra distribuida entre sus tres provincias: Pasco, Oxapampa y Daniel Alcides Carrión. Según el INEI (2018a) el 48.4% de la población de la región vive en la provincia de Pasco, mientras que el 17.2% y 34.4% se encuentran en las provincias de Daniel Alcides Carrión y Oxapampa, respectivamente. Con respecto a la diferencia entre áreas urbanas y rurales, las provincias de Pasco y Oxapampa acumulan el 90.7% de la población urbana del departamento. Ello deja a Daniel Alcides Carrión como la provincia con menor población rural con un 9.3% de la población total de Pasco.

Al considerar la educación, el 70.3% de la población encuestada entre 3 a 24 años ha asistido a alguna institución educativa que puede ser básica o superior. De este grupo, el 67,6% estaba conformado por población entre 6 a 16 años (INEI, 2018a). Por lo tanto, se encuentra que la mayor cantidad de población estudiante está inscrita en instituciones que brindan educación básica regular.

Asimismo, con respecto al idioma, para el 2017, 13,243 personas afirmaron que no sabían leer ni escribir, lo cual representaba un 7,3% de la población (INEI, 2018a). Ello se encuentra por encima del promedio nacional, puesto que nacionalmente, el porcentaje es de 5,8%. Con respecto al idioma materno, 10,80% de la población encuestada declaró que aprendió a comunicarse a través del quechua. Ambos datos son importantes debido a que la promoción de la información sobre el uso de métodos anticonceptivos a través del programa de Planificación Familiar suele brindarse en español. Por lo tanto, estos grupos de personas podrían verse limitados de acceder a la información que pueden necesitar.

En relación a la autoidentificación étnica, 37.7% de la población se autoidentificó como quechua, mientras que 6.2% afirmó identificarse como nativo de la Amazonía (INEI, 2018a). Además de ello, el 41.2% de la población que vive en áreas rurales se identificaba como quechua. Estos datos son importantes debido a que permiten conocer la etnografía de la región.

En adición a ello, la identificación del quechua como comunidad étnica sumado al quechua como idioma materno permite comprender que este forma parte de la identidad de una persona. En este sentido, una forma de que el Estado se acerque a

la población y genere confianza puede darse a través de la transmisión de la información mediante el uso del quechua (Chara et al., 2012).

Finalmente, en el ámbito de los recursos económicos de la población, Pasco se caracteriza por tener un promedio de ingresos inferior al promedio nacional. Para el año 2018 el ingreso real promedio per cápita era de 999 soles, mientras que en pasco fue de 722 soles por mes (INEI, 2019). Asimismo, el porcentaje de población en situación de pobreza en la región se encontraba entre el 32% y 36%, mientras que el porcentaje de personas en pobreza extrema era de 7.7%.

### 2.3.2 La economía en la región de Pasco

Esta subsección describe el contexto económico de la región de Pasco. Se aborda el presupuesto de la región a partir de su crecimiento anual en los años recientes, así como su ejecución presupuestal e inversión en relación a los servicios públicos implementados.

Para el año 2019, la región de Pasco tuvo un presupuesto de 689 millones de soles, lo cual significó un incremento de 126 millones a comparación de 2018 (Neyra, 2020). Si bien ello permite que la región disponga de mayor dinero para implementar programas y servicios, en la práctica, la ejecución presupuestal ha sido de 78.8% en el 2017, 72.8% el 2018 y 83.5% el 2019 (Neyra, 2020). Estas cifras evidencian que el gobierno regional no llega a utilizar todo el presupuesto disponible, lo cual puede afectar el desempeño de algunos programas públicos.

Ello se encuentra al observar los servicios de salud. En este sentido, durante el año 2018, de los 210,167,165 soles disponibles, solo se llegó a utilizar el 58.5%. Esto fue un retroceso en comparación con el año 2017 en el que se utilizó el 90.4% del presupuesto en salud (Neyra, 2020). Esta situación es compleja debido a que de por sí el sistema de salud no llega a cubrir las necesidades de su población. Tal como sostiene Neyra (2020), las tasas de desnutrición crónica infantil (14.3%) y anemia en niños de 6 a 59 meses de edad (42.7%) demuestran que los programas enfocados en la salud en edad temprana no están cubriendo las necesidades de la población.

Asimismo, existen áreas como la educación en la cual la ejecución presupuestal del gobierno regional en los años 2017 y 2018 llegó a ser mayor al 90% disponible (Neyra, 2020). Sin embargo, se requiere de mayor inversión especialmente en infraestructura, puesto que varias instituciones educativas no cuentan con servicios

básicos como agua y electricidad. Por ende, se encuentra que el presupuesto designado, si bien puede llegar a usarse, no llega a ser suficiente.

Estos aspectos son de interés para el presente estudio debido a que permiten comprender el uso del dinero por parte del gobierno regional. Tal como se ha mencionado, aunque se incrementa anualmente el presupuesto en la región, la ejecución puede ser limitada o incluso a pesar de utilizarse la mayor parte del dinero, no se llega a terminar de implementar efectivamente los programas del Estado. Asimismo, se evidencia que la ejecución del presupuesto y la necesidad de mayores recursos económicos es variada entre áreas de servicios como se mencionó con respecto a la educación y la salud.

### 2.3.3 Gobierno y gestión en materia de salud en la región de Pasco

Esta tercera subsección de la caracterización de la región analiza las acciones del Gobierno regional de Pasco, su administración desde el año 2016 hasta el 2020, los casos de corrupción y su impacto en el presupuesto y la entrega de servicios públicos de la salud en el departamento.

Durante el período analizado en esta tesis (2019-2020), el gobernador de Pasco fue Pedro Ubaldo Polinar. Su gobierno inició en enero de 2019 y concluyó en diciembre de 2022. Para el año 2020, el gobierno no desarrolló un Plan de desarrollo de capacidades humanas, por lo cual la capacitación del personal dependía de instituciones y organizaciones externas al gobierno regional (Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, 2022). Ello dificultó que el personal público pueda continuar especializándose para proveer de mejor forma las políticas del gobierno.

En relación a programas sociales y de salud, el Gobierno regional dispuso de una mayor inversión durante el 2020 debido a la pandemia. Ello difiere de años anteriores, puesto que el crecimiento del presupuesto anual era mínimo (Concertación para la Lucha contra la Pobreza, 2022). Esto permitió que la cobertura de los programas se mantenga a pesar de las limitaciones de la pandemia como la inmovilidad social.

En materia institucional, se encontró de hecho una falta de coordinación entre el Gobierno regional en relación a los gobiernos locales (Concertación para la Lucha contra la Pobreza, 2022). Aunque ello se ha incrementado en los años recientes, todavía está pendiente la mejora de la articulación para unificar estrategias y recursos en el proceso de proveer políticas públicas a la población.

En el ámbito de la gestión, el gobernador de este periodo encabezó, durante el 2022, la lista de los gobernadores más investigados con 62 casos sobre delitos contra la administración pública, abuso de autoridad, colusión y peculado (Centro Liber, 2022). Esta situación no es exclusiva de la región, puesto que ello también se reporta en otras regiones del país.

En ese sentido, en el Perú, los gobiernos de diferente nivel, ya sea nacional, regional o local, no han estado exentos de gobernantes relacionados a temas de corrupción. Si bien la mira está principalmente sobre el gobierno nacional, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2018) publicó un informe sobre la corrupción en gobiernos regionales y locales. Este documento permite observar a mayor profundidad los índices de corrupción, especialmente en la región de estudio de la presente tesis, que es Pasco.

Tal como se observa en el informe, la cantidad de casos de investigación a autoridades y ex autoridades públicas por corrupción reportados hasta el año 2018 en el Perú fue de 4425 (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2018). En el caso de la región de Pasco, esta ha presentado 168 casos de corrupción entre los años 2002 al 2018, lo cual la convierte en la novena región con más investigaciones de este tipo. Esta información es previa a la gestión de Ubaldo, por lo que para el año 2022 se estaba contando con 230 casos de corrupción en total.

Los delitos incluidos en estos datos principalmente son de peculado y colusión, lo cual significa que los funcionarios han buscado beneficiarse a través de recursos del Estado o han concertado con otros actores en beneficio propio y perjuicio del Estado (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2018). Esta clase de acciones tiene repercusión dentro de los servicios que proveen los gobiernos regionales y gobiernos locales.

Un ejemplo de ello en relación a la salud ocurrió en el año 2016. El gobernador de Pasco durante ese tiempo, Teódulo Quispe Huertas (2015-2018), aprobó la adquisición de 22 ambulancias por aproximadamente 6 millones de soles (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2018). Aunque estos bienes fueron entregados, presentaban desperfectos y a pesar de ello fueron aceptados por el Gobierno regional. Ello calificó como defraudación al Estado en adquisición de bienes, por lo cual se abrió una investigación al ex gobernador.

En adición a ello, Shack et al., (2021) sostienen que, en términos presupuestales, no solamente se llega a perder dinero por los casos de corrupción,

sino que también no se destina dinero suficiente para invertir en los servicios de salud. Esto evidencia un doble problema debido a que, aún si la gestión fuese totalmente eficiente y transparente en beneficio de la población, el presupuesto tendría que incrementarse para que los servicios públicos sean más efectivos.

A partir del repaso de estas características de la región se observa principalmente que su población se encuentra en áreas urbanas, tiene índices de analfabetismo por encima del promedio nacional y mantiene diferencias tanto de autoidentificación étnica y de idiomas. Asimismo, existen altos porcentajes de ciudadanos en situación de pobreza y pobreza extrema. En relación al aspecto económico, se encuentra que el ingreso económico mensual promedio de la población es inferior a comparación del promedio nacional.

Asimismo, en el ámbito económico del gobierno regional, la designación de presupuesto y ejecución presupuestal no llegan a ser óptimas en el sector de la salud. Finalmente, la gestión del gobierno en el que se inscribe la presente tesis destaca por una mayor inversión y sostenibilidad de programas sociales durante el 2020, pero también mantiene acusaciones de corrupción, lo cual, como se ha descrito, repercute en políticas públicas como los servicios de salud.

Se ha abordado en este capítulo la caracterización de la región, el sistema de salud peruano y su descentralización. También se ha detallado la respuesta del Estado ante la pandemia, así como los avances y desafíos que se encuentran a partir de la voluntad política en relación al programa de Planificación Familiar. Estas características permiten comprender el contexto en el que se implementa la Planificación Familiar y el acceso a anticonceptivos modernos, lo cual será analizado durante el siguiente capítulo.

### Capítulo 3: El acceso continuo a métodos anticonceptivos modernos en la región de Pasco (2019-2020)

El presente capítulo describe la situación del acceso continuo a métodos anticonceptivos modernos en la región de Pasco a través del programa de Planificación Familiar en los años 2019 y 2020. El capítulo está dividido en cuatro subcapítulos. En primer lugar, se aborda el análisis de resultados de la ENDES de los años 2019 y 2020 para conocer cuáles son los métodos anticonceptivos modernos más usados y a partir de qué entidad son provistos a la población. En segundo lugar, se observan las condiciones en las que se implementa el programa de planificación familiar en la región. En tercer lugar, el capítulo presenta los principales hallazgos empíricos de la tesis que permiten explicar el acceso continuo de anticonceptivos modernos en Pasco. De esta forma, se analiza la coordinación entre diferentes niveles del personal de salud y las estrategias que aplican para lograr que la población acceda a métodos modernos. Finalmente, en el último subcapítulo de la sección, se observan los determinantes sociales de la salud que inciden en el programa en Pasco y cómo estos pueden representar limitantes al programa.

#### 3.1 Análisis de resultados de las ENDES en Pasco (2019-2020)

En la presente subsección, para analizar la implementación del programa de Planificación Familiar y el acceso a anticonceptivos modernos en Pasco, se describen los resultados cuantitativos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) sobre los años 2019 y 2020. La estructura aborda, en primer lugar, los porcentajes de uso de anticonceptivos modernos en Pasco. En segundo lugar, se detalla cuáles son las preferencias de anticonceptivos modernos por parte de la población. Finalmente, en tercer lugar, se observan cuáles son los principales proveedores de estos métodos a la población.

Para recopilar la información presentada, se realizan encuestas a mujeres entre 15 a 49 años de edad y, en el caso de la salud reproductiva y prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, la ENDES considera principalmente a las mujeres que se encuentran actualmente en una relación (INEI, 2015; INEI, 2020; INEI, 2021; INEI, 2022). Esto se debe a que, si se toma el total de la población entrevistada, que incluye a mujeres fuera de una relación, los resultados serían menos fiables debido a que

pueden no encontrarse en actividad sexual reciente y, en consecuencia, no necesitar ni utilizar un método anticonceptivo moderno o tradicional.

### 3.1.1 Análisis de resultados de las ENDES (2019)

Dentro de Perú, Pasco se encuentra entre las regiones con mayor porcentaje de uso de métodos anticonceptivos modernos (INEI, 2020). Para el año 2019, la cantidad de mujeres que utilizaban métodos modernos en la región era de 55.2% y el total de uso de métodos, incluido los tradicionales, era de 71.2%. Específicamente sobre el uso de anticonceptivos modernos existe un mayor uso continuo de inyecciones y condones masculinos, tras lo cual siguen en menor medida las píldoras, implantes, esterilizaciones y dispositivos intrauterinos (DIU) (Tabla 1).

Tabla 1

Uso actual de métodos anticonceptivos modernos entre mujeres de 15 a 49 años en la región de Pasco (2019)

Edad	Total de métodos modernos	Esterilización femenina	Píldora	DIU	Inyecciones	Implantes	Condón masculino
15-19	38.9	0.0	5.2	0.0	26.1	2.9	4.7
20-24	53.3	0.0	5.7	0.0	36.5	4.0	7.0
25-29	65.9	1.5	4.8	1.2	39.4	9.7	9.2
30-34	72.4	3.7	10.2	0.0	39.2	5.8	13.4
35-39	67.3	7.5	8.7	0.7	27.8	3.0	19.1
40-44	44.3	5.2	2.5	0.0	16.6	2.6	17.5
45-49	17.9	8.1	0.3	0.0	5.7	0.0	3.8
Total	55.2	4.4	5.6	0.3	28.0	4.4	12.3

Fuente: Elaboración propia en base a INEI (2020)

De este grupo de mujeres que usan métodos modernos, la mayoría los obtiene a través del sector público, siendo el privado un proveedor de menor cantidad de personas. Tal como se observa en la Tabla 2, 83.5% del suministro de la población proviene del sector público. Asimismo, entre los métodos modernos que más provee el Estado son la esterilización femenina, la píldora anticonceptiva, las inyecciones y los implantes. Solo en el caso del condón masculino se observa que el sector privado toma mayor relevancia al proveer 44.4% del total a la población encuestada. Si bien esto demuestra que el sector privado toma mayor influencia, la presencia del Estado en la región es superior al promedio nacional, puesto que el uso del condón masculino

a través del sector público en Pasco es de 55.1%, mientras que Perú fue de 21.1% (ENDES, 2020).

Tabla 2

Fuente de suministro de métodos modernos de usuarias actuales por tipo de método en la región Pasco (2019)

Fuente de suministro	Total	Esterilización femenina	Píldora	Inyecciones	Condón masculino	Implantes
Sector público	83.5	98.3	84.7	92.0	55.1	97.9
Sector privado	16.4	1.7	15.3	8.0	44.4	2.1
Otra fuente privada	0.1	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia en base a INEI (2020)

A partir de estos resultados, se pueden encontrar las dos siguientes características. En primer lugar, se evidencia que el sector público otorga en general el mayor porcentaje de métodos en la región. Asimismo, en relación al uso de anticonceptivos modernos, la población de Pasco utiliza principalmente inyecciones y condones masculinos. Aunque en el ámbito de las inyecciones es el Estado el que provee esencialmente a casi toda la población, el condón masculino está dividido entre el sector público y privado.

En segundo lugar, el sector público es aquel que aplica en mayor porcentaje los métodos modernos de larga duración como lo es el implante subdérmico, que puede proteger de embarazos por el periodo de 3 años, y la esterilización, que es definitiva. Sin embargo, al observar la Tabla 1, se encuentra que ambos métodos solo llegan a ser utilizados por 8.8% de la población.

Estos resultados pueden explicarse debido a que la población tiene preferencia por otros métodos como el condón masculino (12.3%) o las inyecciones hormonales (28%) (Tabla 1). Asimismo, en relación a los métodos de larga duración, está presente el factor socioeconómico. Si bien las esterificaciones masculinas y femeninas, así como el implante subdérmico y el DIU son de aplicación gratuita en establecimientos de salud públicos, el precio de estos en el ámbito privado es en promedio superior a los 500 soles (Rojas, 2019). Ello representa una limitación a la población, principalmente para aquellas personas que buscan aplicarse estos métodos a través

del sector privado. Sumado a ello, aunque en el sector público estos métodos se encuentran disponibles, el personal debidamente capacitado puede no encontrarse en los puestos de salud, como se explicará más adelante, lo cual repercute en el acceso a esta clase de métodos de larga duración.

### 3.1.2 Análisis de resultados de las ENDES (2020)

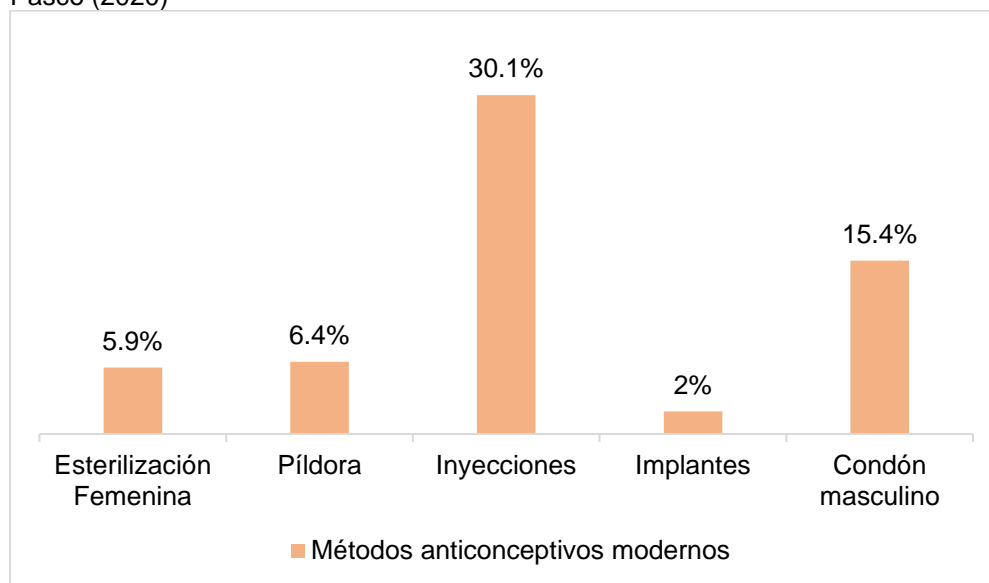
Durante los primeros meses del año 2020, el acceso a los servicios de salud se mantuvo con normalidad en el Perú. Fue a partir de marzo que se aplicaron restricciones de movilización social y el Estado implementó nuevas medidas con énfasis en la prevención y atención de las personas frente a la pandemia por COVID-19. Para continuar obteniendo datos en la ENDES, se implementaron encuestas a través de llamadas telefónicas y posteriormente se retornó a entrevistas presenciales con los cuidados de bioseguridad correspondientes (INEI, 2021).

Tal como se ha mencionado anteriormente, los servicios de Planificación Familiar se vieron limitados y se redujo a nivel nacional el acceso a anticonceptivos (Ccolio, 2021). Sin embargo, en la región de Pasco el uso de anticonceptivos modernos no solo se mantuvo, sino que se incrementó a un 60.3% (INEI, 2021). Esta situación se presenta como una contra-tendencia al observar el marco nacional.

Tal como se encuentra en el Gráfico 1, los métodos más usados en la región continuaron siendo las inyecciones anticonceptivas (30.1%) y el condón masculino (15.4%). En menor medida se encuentran la píldora anticonceptiva (6.4%) y la esterilización femenina (5.9%), mientras que el método moderno menos usado, al igual que el año 2019, fue el implante subdérmico (2%).

Gráfico 1

Uso actual de métodos anticonceptivos modernos entre mujeres de 15 a 49 años en la región de Pasco (2020)



Fuente: Elaboración propia en base a INEI (2021)

Al igual que en el año 2019, el principal actor que proveyó de anticonceptivos modernos a la población fue el sector público. Asimismo, la presencia del Estado como fuente de suministro se incrementó en 2.3 puntos porcentuales a diferencia de 2019. Tal como se observa en la Tabla 3, es el Estado aquel que provee métodos como la esterilización, las inyecciones y los implantes subdérmicos. Nuevamente en relación al condón masculino el sector privado llega tener más mayor presencia, siendo el proveedor de 44.3% de la población encuestada.

Tabla 3

Fuente de suministro de métodos modernos de usuarias actuales por tipo de método en la región Pasco (2020)

Fuente de suministro	Total	Esterilización femenina	Inyecciones	Condón masculino	Implantes
Sector público	86.8	100.0	90.2	55.7	100.0
Sector privado	13.2	0.0	9.8	44.3	0.0
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia en base a INEI (2021)

Tal como se observa en estos resultados, las diferencias entre el año 2019 y 2020 son mínimas en relación a la tendencia de uso de anticonceptivos, así como los principales proveedores de los métodos modernos más usados. No obstante, existen

diferencias más notorias en los porcentajes de acceso a anticonceptivos entre las áreas urbanas y rurales.

Asimismo, en relación al uso de anticonceptivos en áreas urbanas y rurales, se encuentra una ligera tendencia a mayor uso dentro de zonas urbanas. En este sentido, 63.2% de la población localizada en áreas urbanas indicó haber utilizado anticonceptivos modernos, mientras que en el caso de personas de áreas rurales, el porcentaje fue de 49.4% (INEI, 2021). Esto refleja que existieron limitantes para la población de áreas rurales a pesar de que el acceso continuo se mantuvo en la región.

A partir de estos datos cuantitativos recopilados desde la ENDES, se observa las preferencias de la población sobre ciertos métodos sobre otros, así como el porcentaje de provisión de los principales proveedores y la distribución entre áreas geográficas. Para el siguiente subcapítulo se pasa a detallar cómo se encuentra el personal de salud y los recursos disponibles para distribuir anticonceptivos modernos a través del programa de Planificación Familiar en Pasco.

### 3.2 El panorama de la Planificación Familiar y el acceso a anticonceptivos (2019-2020)

El presente subcapítulo se despliega a partir de información obtenida de entrevistas cualitativas a investigadores y médicos especialistas en salud sexual y reproductiva, así como a los burócratas de la calle que trabajan en los centros de salud de la región de Pasco para conocer la situación en la que se inscribe el programa de Planificación Familiar (Anexo B). En adición a ello, se detalla a través de estudios cuantitativos existentes la capacidad estatal en relación a la Planificación Familiar a partir de la cantidad de recursos humanos, los recursos económicos y materiales de los que dispone la región. Se encuentra que, en relación a los recursos humanos, se requiere de mayor personal de salud, mientras que los recursos económicos y materiales permiten una distribución de anticonceptivos y abastecimiento constante dentro de los centros de salud. Asimismo, dentro del subcapítulo se observa el contexto en el que se encontraba el personal de salud durante los años 2019 y 2020, así como los principales desafíos en relación a la provisión de anticonceptivos.

#### 3.2.1 Los recursos del Estado en materia de Planificación Familiar (2019)

Según los datos de la Dirección General de Personal de la Salud (2021), la región de Pasco contaba para el año 2019 con 226 obstetras que trabajaban en el

Ministerio de Salud y el Gobierno regional. Tomando en cuenta el censo nacional más reciente, esta cantidad de recursos humanos llega a ser de 11.1 obstetras por 10mil habitantes, cantidad inferior a los 36 por 10mil requeridos para un buen desempeño en los servicios de salud (OCDE, 2021). Estos datos reflejan que se requiere de mayor cantidad de obstetras en la región.

Este personal es relevante tanto en la implementación del programa de Planificación Familiar como en la provisión de otros servicios de salud sexual y reproductiva como es el caso de la atención neonatal (Ministerio de Salud, 2017). Sumado a ello, el personal de enfermería o técnico, con debida capacitación, puede ser proveedor de información y métodos anticonceptivos a la población (Ministerio de Salud, 2017). Esto suma esfuerzos y permite que exista mayor cantidad de recursos humanos para implementar los servicios de Planificación Familiar.

Sin embargo, existen diferencias en la aplicación de métodos por personal calificado. En este sentido, solo funcionarios como ginecólogos y obstetras pueden proveer de métodos como el implante subdérmico, el dispositivo intrauterino y realizar esterilizaciones (Ministerio de Salud, 2017). En este sentido, a través de las entrevistas también se refuerza la idea de que resulta imperativo la atención por parte de obstetras, ya que son personal requerido para no solo otorgar información, sino también para aplicar métodos de larga duración (Entrevistas #2, #3). A través de estos métodos, el cuidado de la salud reproductiva es controlado por un periodo de tiempo más largo.

En adición a ello, los médicos y obstetras también son el personal calificado que puede aplicar inyecciones mensuales y trimestrales (Ministerio de Salud, 2017). Solo en el caso de métodos como el condón o la píldora anticonceptiva, tanto el personal técnico y enfermeros capacitados pueden cubrir al personal especializado para proveer de información y entregar los métodos. Ello debido a que estos métodos solo requieren el uso directo de la persona sin una intervención del personal de la salud.

Tomando en cuenta la falta de recursos humanos en obstetricia, los centros de salud no cuentan con suficiente personal especializado. Ello se ve reflejado especialmente en áreas rurales muy alejadas, situación que contrasta con zonas urbanas donde se cuenta con mayor personal (Entrevista #4). Esta situación dificulta una atención adecuada de los servicios de salud que se brinda a la población. Debido a esta falta de personal especializado, los servidores de salud en áreas rurales que

atienden en materia de Planificación Familiar suelen ser enfermeros o técnicos de salud (Entrevista #3).

Asimismo, aunque existen obstetras que trabajan en la región, este personal también requiere de mayor capacitación para proveer una mejor atención en salud. Tal como mencionan dos obstetras entrevistadas, los estudios de pregrado son insuficientes para una especialización sobre uso y aplicación de métodos anticonceptivos modernos (Entrevistas #3, #4). Es por ello que se requiere de capacitaciones continuas al personal de salud.

En relación a los recursos económicos, la región de Pasco destinó en su Presupuesto Institucional de Apertura 1,528,586 soles en Planificación Familiar (Ministerio de Economía y Finanzas, 2019). Esta cifra fue incrementada a 1,587,196 soles y de ello se llegó a utilizar el 99.5% disponible. Con estos recursos se adquieren los insumos como el abastecimiento de anticonceptivos y el material quirúrgico necesario para el servicio en Planificación Familiar (Entrevista #4).

Tal como señala el personal de salud entrevistado, estos recursos son utilizados por la DIRESA para coordinar con el MINSA la compra de anticonceptivos modernos, lo cual produce un abastecimiento constante durante el año (Entrevista #4, #5). Ello permite al personal de salud suministrar los métodos que la población requiera. Se ha mencionado anteriormente que la coordinación entre la DIRESA y el MINSA es esencial para la distribución de anticonceptivos. Para ello, existe un coordinador en Planificación Familiar dentro de DIRESA que gestiona la adquisición de insumos anticonceptivos junto al MINSA (Ministerio de Salud, 2017; Entrevista #7).

En el caso de los recursos materiales, la provisión de información y de métodos puede darse en consultorios generales, así como especializados en los centros de salud administrados por el Gobierno regional. Según el Ministerio de Salud (2017), los consultorios especializados son requeridos en casos particulares como afecciones a la salud de la mujer.

Sin embargo, los servicios suelen ser otorgados principalmente en consultorios generales (Entrevista #3). En este contexto, la población que asiste a las citas de Planificación Familiar no llega a encontrar necesariamente un consultorio adecuado, en caso lo requiera, para recibir servicios especializados en relación al uso de anticonceptivos modernos.

Asimismo, dentro de estos consultorios generales, los funcionarios de la salud o personal técnico que suele atender no han llevado una adecuada capacitación sobre

la transmisión de información de métodos anticonceptivos (Entrevista #3). A pesar de ello, para poder continuar con la provisión de anticonceptivos modernos, lo que se opta por realizar es la aplicación de inyecciones o la entrega de condones y píldoras anticonceptivas.

Sobre los métodos disponibles, el personal médico señala que existe abastecimiento de anticonceptivos modernos (Entrevistas #2, #4, #5). Aunque los métodos de larga duración son aplicados en menor medida en los centros de salud, se cuenta con suministros para su provisión. Sin embargo, la falta de aplicación de métodos de larga duración y el uso de métodos diarios o mensuales demuestra que no se ha llegado a modernizar el conocimiento y las opciones a escoger de métodos anticonceptivos (Entrevista #2).

Esta descripción del funcionamiento del programa en el año 2019 permite comprender que el sistema de salud requiere mayor personal médico para la implementación del programa. Los recursos humanos no son suficientes y la falta de profesionales especializados puede llegar a ser un limitante en el momento en que la población necesite métodos específicos, especialmente en el caso de los métodos de larga duración.

A pesar de ello, en relación a los recursos económicos y materiales, la inversión en anticonceptivos modernos por parte de la DIRESA evidencia un interés en coordinar la adquisición de anticonceptivos y posteriormente almacenarlos y distribuirlos a los centros de salud (Entrevista #7). Por esta razón se llega a contar con abastecimiento de los métodos indicados en la norma técnica de Planificación Familiar del Ministerio de Salud en los centros de salud (Entrevistas #3, #4, #5). En este sentido, se encuentra que las acciones de los funcionarios públicos sumadas al abastecimiento disponible permiten generar que la población pueda acceder a métodos modernos.

### 3.2.2 Los recursos del Estado en materia de Planificación Familiar (2020)

Para el primer año de pandemia, al igual que en 2019, los recursos humanos en la región se encontraban por debajo de los estándares requeridos internacionalmente (Dirección General de Personal de la Salud, 2021; OCDE, 2021). Sumado a ello, el personal de salud también se vio reducido debido al retiro de funcionarios que podían sufrir cuadros adversos en caso se contagiaran de COVID-19 (Entrevista #1, #4). Ante esta situación, se ha mencionado que una política del

Gobierno central fue la contratación temporal de personal de salud durante el año 2020 (Murillo-Peña et al., 2021).

En el caso de la región de Pasco, este incremento del personal de salud entre los meses de abril a agosto de 2020 fue de un 7% (Murillo-Peña et al., 2021). Esto incluye tanto a médicos generales, especializados, obstetras y enfermeros. En el caso específico de personal de obstetricia, el incremento para fines de 2020 fue de 8.2 por 10mil habitantes a 11.1 por 10mil habitantes (Dirección General de Personal de la Salud, 2021).

El incremento de recursos humanos, tal como menciona el personal entrevistado, les permitió proveer tanto el programa de planificación familiar como otras políticas en atención de parto y cuidado neonatal (Entrevistas #4, #5). Asimismo, este incremento de personal no fue solo por el año 2020, sino que se ha mantenido en los siguientes años (Entrevista #5).

Si bien ello ha permitido que la región pueda contar con mayor personal, durante el año 2020 se evidenció la falta de un Plan de Desarrollo de Capacidades de los recursos humanos (Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza 2022). Esto limitó al personal satisfacer sus necesidades de capacitación, lo cual repercute en sus capacidades de lograr implementar eficazmente los programas públicos que ofrece Pasco (Entrevista #3).

Asimismo, a pesar del incremento de personal, todavía eran requeridos mayores recursos humanos especialmente en áreas rurales. Una de las entrevistadas que pertenece al colegio de obstetras de la región mencionó como ejemplo de ello el centro de salud 8 de diciembre en la provincia Daniel Alcides Carrión. En este centro se “manda a una técnica en enfermería para hacerse cargo del puesto de salud. Entonces la técnica de enfermería tiene que manejar el centro de salud ella como médico, ella como obstetra, ella como todo” (Entrevista #4).

Esta situación repercute no solo en la provisión de políticas de salud sexual y reproductiva, sino también en otros servicios de salud, ya que las diversas responsabilidades encargadas a un solo personal de salud lo limitan para poder ejercer cada labor. En el caso descrito, al tratarse de una enfermera, esta no llega a ser el personal especializado para la atención y cuidado de condiciones específicas de la población. Tal como se encuentra en el presente año y el anterior, la falta de personal especializado es una constante en la región. Asimismo, a pesar del contrato

de nuevo personal, este se encontraba enfocado en atender a la población infectada por COVID-19 (Entrevistas #4, 5).

En relación a los recursos económicos, para el año 2020 también existió un incremento en el presupuesto. El PIA inicial en salud del año fue de 114,542,602 soles (Ministerio de Economía y Finanzas, 2020). Sin embargo, debido a la pandemia, se incrementó a través del PIM a 218,548,355 soles.

Si bien esto fue significativo y permitió al Gobierno regional y a la DIRESA utilizar un mayor presupuesto en el cuidado de la salud de la población, el incremento en los servicios de salud sexual y reproductiva fue limitado. En el caso de la Planificación Familiar, el incremento del PIM en relación al PIA fue de 93,745 soles, lo cual dejó un presupuesto total de 2,248,811 soles (Ministerio de Economía y Finanzas, 2020).

Tal como señala el personal de salud entrevistado, a pesar de que parte de las políticas del Estado eran continuar con los servicios de salud, el incremento de presupuesto estuvo enfocado a la adquisición de insumos médicos y personal para responder a la pandemia (Entrevistas #4, #5). Asimismo, el programa de Planificación Familiar, si bien se mantuvo operativo, no resultó ser una política prioritaria durante este tiempo (Entrevista #1, #5).

También existieron nuevos desafíos en relación a los recursos materiales. Aunque el abastecimiento de anticonceptivos modernos se mantuvo con normalidad durante los primeros dos meses del año, este fue reduciéndose a medida que avanzaba el tiempo (Entrevista #4). Esta situación se generó debido a que la DIRESA estaba enfocada en impulsar políticas de cuidado y prevención de contagios por COVID-19.

El punto más crítico del año se dio al final de la primera ola de COVID-19 en Perú, ya que se agotaron los anticonceptivos modernos en la región. A mediados de agosto “las cosas cambiaron... toda la variedad, condones femeninos, masculinos se terminaron. Hasta venían a rogarnos, ‘por favor, por favor, guárdame mi pastillita, guárdame mi ampollita” (Entrevista #4). Esto supuso un perjuicio para la población, puesto que se encontró restringida de acceder a anticonceptivos modernos de forma gratuita por parte del Estado.

Ante esta situación, el personal de salud reportó la falta de métodos modernos a la DIRESA, la cual coordinó con el MINSA la ampliación y adquisición de un nuevo lote de anticonceptivos (Entrevista #4, #5). Tal como refiere una trabajadora de la

salud, el reabastecimiento de anticonceptivos suele ser trimestral, pero si se informa al MINSA un mayor requerimiento, estos son suministrados a la DIRESA (Entrevista #7). Si bien esta coordinación generó un posterior reabastecimiento en la región, el tiempo en el que escasearon anticonceptivos modernos fue de aproximadamente un mes.

A partir de lo observado, se encuentra que en el año 2020 el Gobierno central priorizó la inversión en salud. Ello repercutió en Pasco especialmente en los recursos humanos, económicos y materiales relacionados al cuidado y prevención de contagio de la población frente a la pandemia por COVID-19. Sin embargo, en relación a la Planificación Familiar, el impacto de estos incrementos fue mínimo e incluso en relación a los recursos materiales llegó a darse un desabastecimiento de anticonceptivos por un periodo en la región.

Esta descripción de los años 2019 y 2020 permite comprender a grandes rasgos el estado de la Planificación Familiar y el acceso a anticonceptivos en Pasco. Asimismo, evidencia brechas en la implementación del programa, puesto que existen deficiencias en las capacidades estatales estudiadas. A pesar de ello, el acceso a anticonceptivos se ha mantenido en un porcentaje superior al promedio nacional. Para comprender ello, en el siguiente subcapítulo se pasa a detallar las estrategias del personal de salud, así como la importancia de actores externos en la promoción de la Planificación Familiar y el uso de anticonceptivos modernos.

### 3.3 La Planificación Familiar y acceso a anticonceptivos en Pasco: estrategias y recursos utilizados (2019-2020)

Este subcapítulo presenta los hallazgos empíricos más relevantes de la tesis que permiten explicar el acceso continuo a métodos anticonceptivos modernos en la región, los cuales son obtenidos, tal como se ha observado, principalmente por medio de entidades estatales. Se aborda en primer lugar, las estrategias y recursos utilizados por el personal de salud durante el año 2019, previo a la pandemia por COVID-19, para conocer los medios por los cuales se distribuía la información y la aplicación de métodos anticonceptivos modernos. En segundo lugar, se aborda el primer año de pandemia dentro del cual se observan mecanismos para afrontar los nuevos desafíos, así como el uso de recursos ya establecidos previamente para que el acceso a anticonceptivos se mantenga en la región.

### 3.3.1 Estrategias y recursos utilizados durante el año 2019

La región de Pasco mantiene zonas urbanas y rurales en sus tres principales provincias. En el departamento, el 63.1% de la población se encuentra en áreas urbanas, mientras que el 26.9% pertenece a áreas rurales (INEI, 2018a). Frente a ello, el personal de salud refiere que la implementación de la Planificación Familiar entre estas zonas cuenta con similitudes, pero también con diferencias, es por ello que se adoptan diferentes estrategias para continuar con la provisión de anticonceptivos (Entrevistas #4, 5, 7).

En este sentido, una similitud entre zonas urbanas y rurales es la presencia de los promotores. Los promotores son personas civiles, que no tienen formación necesariamente en conocimientos médicos, pero trabajan en conjunto con el personal de salud como una forma de voluntariado (Entrevista #7). Estas personas operan por sectores determinados geográficamente. De este modo, “cada asentamiento humano, centro poblado, se divide por cayas. A los promotores se les da una determinada área o sector y ellos nos informan sobre qué va sucediendo con la población” (Entrevista #7).

Por ejemplo, los promotores reportan al personal de salud si en su localidad asignada se encuentra nueva población o si los adolescentes o jóvenes están interesados en informarse sobre salud sexual y reproductiva (Entrevista #7). Frente a ello, las obstetras más cercanas al sector llegan para promocionar diversos programas de salud.

Tal como refiere una entrevistada, abordan temas generales y posteriormente se enfocan en la salud sexual y reproductiva. “Podemos empezar con consejería nutricional, entre otros temas y poco a poco llegamos a tocar el tema de fondo que es la planificación familiar y hablamos en general y ofertamos los métodos anticonceptivos, pero también recomendando cuales serían los métodos más efectivos” (Entrevista #7).

Esto permite que la población acceda a diversa información sobre el cuidado de la salud. Asimismo, la intención de abordar diversos temas de salud y posteriormente el cuidado sexual y reproductivo se viene realizando debido a que el uso de anticonceptivos y el cuidado sexual pueden ser temas delicados para parte de la población más conservadora (Entrevistas #3, #6, #7).

En relación a la distribución y adquisición de anticonceptivos por un Gobierno regional, la compra de anticonceptivos es nacional y gestionada por la coordinadora

de Planificación Familiar junto al MINSA (Ministerio de Salud, 2017; Entrevista #7). La distribución de insumos, incluidos los anticonceptivos, es trimestral. Esta distribución es aproximada y varía en las necesidades de un centro de salud a otro. Existen puestos de salud que cuentan con suficiente abastecimiento y otros en los cuales los anticonceptivos pueden llegar a reducirse en cantidad (Entrevista #7). Frente a ello, lo que se realiza son dos acciones.

Por un lado, el puesto de salud contacta con los coordinadores de Planificación Familiar de la DIRESA para reportar la necesidad de mayores métodos modernos (Entrevista #7). Ante esta situación, los coordinadores contactan con el MINSA para suscribir la compra de anticonceptivos adicionales y esto es posteriormente dotado a los centros de salud que lo necesitan (Entrevista #5, #6, #7).

Esta coordinación articulada entre diferentes niveles permite que dentro de la DIRESA se cuente con información actualizada de las necesidades de la población. Sumado a ello, dentro de la Coordinación de Planificación Familiar en la DIRESA se busca promover la salud sexual y reproductiva (Entrevista #7). Ello repercute en acciones directas que conlleven a la compra de nuevos insumos y un continuo abastecimiento.

Por otro lado, ante la necesidad inmediata de anticonceptivos, el personal de salud coordina entre las redes y microrredes de salud en la región (Entrevistas #6, #7). Las microrredes suelen estar compuestas por aproximadamente ocho puestos de salud. Esta organización permite coordinaciones en niveles inferiores entre puestos de salud de una misma microrred y superiores entre microrredes y redes de la región.

Tal es el caso de la microrred Daniel Alcides Carrión, la cual suele contar con abastecimiento permanente y debido a ello se encontraba en la capacidad de transferir métodos a otras microrredes que pudieran necesitarlo (Entrevista #7). Con esta movilización de los métodos anticonceptivos modernos se facilitaba al personal de salud del abastecimiento necesario para que la población sea cubierta.

Asimismo, otras estrategias utilizadas por el personal de salud en zonas urbanas y rurales es el contacto directo con la población a través de campañas y la atención en centros de salud que no necesariamente son de Planificación Familiar. En el primer caso, durante el año se realizan campañas de salud enfocadas en diferentes rangos de edad y por diversos tipos de áreas de salud. Frente a ello, las obstetras tratan de implementar la atención en Planificación Familiar durante estas campañas. Un caso de ello son las campañas del cuidado de salud adolescente, a través del cual

las obstetras abordan el tema de consejería y también brindan métodos anticonceptivos (Entrevistas #4, #5, #7).

Esta atención en Planificación Familiar a población nueva resulta importante para el personal de salud, debido a que consideran que el primer contacto entre el Estado y la población es vital para futuras consultas en salud sexual y reproductiva. En este sentido, “asegurar una atención de calidad inicial permite que se establezca un lazo de confianza entre las usuarias y los puestos de salud, así pueden confiar en que van a cubrir sus necesidades de anticonceptivos” (Entrevista #7).

En relación a la atención en centros de salud a población que no acudía necesariamente a servicios de Planificación Familiar, las obstetras se acercan individualmente a las personas para consultarles si tienen interés o conocimiento sobre el cuidado sexual y reproductivo. Una de las obstetras entrevistadas menciona lo siguiente:

Nosotras muchas veces encontramos en los centros de salud a estas nuevas usuarias. Les preguntamos.

- Señora, ¿usted está utilizando un método anticonceptivo?
- No, no, señorita, no conozco.
- Ah ya, ¿le gustaría recibir atención?
- Si a ver.
- Bien, pase por aquí

Así trabajamos con ellas, ya sea de medicina o de otros servicios, nos acercamos y consultamos con las personas si desean recibir información y provisión de anticonceptivos (Entrevista #6).

Este tipo de interacciones también permiten que la población pueda acceder a servicios de Planificación Familiar. Asimismo, según lo mencionado por la obstetra entrevistada, se comprende que hay personas que todavía desconocen los servicios que brinda el programa, por lo cual esta estrategia resulta ser beneficiosa para la población que requiere información y acceso a métodos anticonceptivos.

Si bien estas principales estrategias y mecanismos de coordinación entre microrredes y los promotores de la sociedad civil se dan en áreas rurales como urbanas, existen también diferencias con respecto a los desafíos que pueden existir en zonas rurales.

En este sentido, las funcionarias entrevistadas mencionan que en las áreas urbanas la población usuaria tiene mayor conocimiento de los servicios de Planificación Familiar y uso de anticonceptivos (Entrevistas #5, #6, #7). Asimismo, en muchas ocasiones estas usuarias ya tienen conocimiento de su método de

preferencia, por lo que la atención se basa en la provisión continua de anticonceptivos. Tal como refiere una obstetra entrevistada:

En temas de planificación familiar la usuaria ya conoce, va, se acerca, saca su cita, ingresa al consultorio y se le brinda la atención. Qué método desea utilizar, se le muestra la variedad y se le da el método. Si la usuaria ha venido al centro de salud, nuestra consigna es que debe otorgársele su método anticonceptivo (Entrevista #6)

Ello facilita la atención en áreas urbanas para los profesionales de la salud, ya que existe un procedimiento más ágil y de atención dentro del centro de salud, lo cual puede llegar a ser diferente en áreas rurales. Con respecto a ello, el personal de salud menciona que existen dificultades para atender a la población que se encuentra especialmente en zonas bastante alejadas de los centros de salud tanto por la distancia como por la falta de recursos humanos especializados (Entrevistas #4, #5, #6, #7).

Debido a limitaciones geográficas, el personal de salud debe realizar atención domiciliaria dado que la población no puede dirigirse en muchas ocasiones a los puestos de salud (Entrevista #7). Esto repercute en los horarios de trabajo de los servidores de salud, dado que la labor de dirigirse a áreas alejadas como caseríos, con caballos como medio de transporte, puede tomar entre 2 a 5 horas aproximadamente considerando los viajes de ida y vuelta (Entrevistas #4, #7).

A pesar de estas dificultades, una ventaja de esta atención es que la población alejada suele ser pequeña. Esto facilita que se pueda “determinar y hacer el seguimiento de cada caso. Por ejemplo, el caso de Lucía, le tocaba el método anticonceptivo mensual el 9. El caso de Rocío, le tocaba la trimestral el 15” (Entrevista #7). A partir de este seguimiento se focaliza a los pacientes y se sabe cuándo movilizarse para entregar y aplicarles los métodos anticonceptivos.

Finalmente, para organizar los suministros de la población usuaria, las obstetras suelen utilizar tarjeteros<sup>2</sup> en los que se cuenta con información de fechas y métodos requeridos por la población (Entrevistas #5, #7). Asimismo, para mantener un cuidado constante de la población más alejada, se utilizan también métodos como las píldoras anticonceptivas, que se proveen al principio por 28 días con un blíster y luego se da por cuatro meses cuatro blísteres (Entrevista #5). Ello, si bien se

---

<sup>2</sup> Recipiente en el que se guardan tarjetas informativas de cada paciente

implementa en zonas rurales, también se da en áreas urbanas y permite que la población pueda mantener sus insumos a disposición por un mayor tiempo prolongado (Entrevista #7).

Este repaso por las estrategias llevadas a cabo por el personal de salud permite comprender la implementación de la Planificación Familiar y el acceso continuo a métodos anticonceptivos en un periodo de tiempo sin urgencias médicas. Como se ha observado, el personal de obstetricia toma acciones para promover la Planificación Familiar ante población nueva y también realiza seguimientos a la población que ya es usuaria. Asimismo, a pesar de las dificultades como la falta de recursos humanos y algunos casos de desabastecimiento, se trabaja en conjunto con otros puestos de salud, redes y microrredes para continuar con la provisión de métodos anticonceptivos modernos.

### 3.3.2 Estrategias y recursos utilizados durante el año 2020

Durante los primeros meses del año 2020, la Planificación Familiar fue implementada de forma similar a 2019. Se continuaba con la atención domiciliaria y en centros de salud, se buscaba contactar con nueva población para que sean atendidas y entregarles el método de su preferencia (Entrevistas #4, #5, #6, #7). Esta normalidad se detuvo en marzo con la llegada de las nuevas restricciones ante la pandemia por COVID-19 en el Perú.

En este sentido, a partir de marzo en adelante se redujeron las visitas domiciliarias en relación a la Planificación Familiar. Tal como menciona una entrevistada, la consejería y provisión de anticonceptivos no eran una prioridad para la DIRESA tan alta como la atención a mujeres gestantes (Entrevista #6). Solo en ese caso se continuó con la atención en salud sexual y reproductiva. Ello debido a que la falta de control y monitoreo de las gestantes podía devenir en un peligro de salud. En ese sentido, “No interesaba el virus, no interesaba nada. Las profesionales salían hasta llorando del centro de salud a visitar a las gestantes, pero tenía que hacerse” (Entrevista #6).

Ello evidencia que el temor por el contagio de COVID-19 afectó tanto al personal de salud como a la población y esta situación tuvo un impacto en la atención en Planificación Familiar. En el caso los médicos y obstetras, durante la primera ola no se contaba todavía con suficiente Equipo de Protección Personal (EPP) (Entrevista #5). Esto incrementaba los riesgos de contagio para el personal de salud. Asimismo,

gran parte de la población prefería resguardarse en sus hogares en lugar de recibir atención médica de forma presencial en un centro de salud porque creían que al asistir podrían contagiarse del virus (Entrevista #1, #7).

A pesar de que durante el año 2020 los principales esfuerzos del personal de salud fue atender a pacientes COVID-19 y prevenir el esparcimiento del virus en la región, las obstetras mencionaron que se buscaron nuevas estrategias para continuar otorgando atención y métodos en Planificación Familiar. Como se ha mencionado anteriormente, la prioridad era realizar atención domiciliaria urgente a mujeres embarazadas y también se comenzaron a realizar monitoreos presenciales a pacientes COVID-19 en la región (Entrevistas #5, #6).

Debido a esta movilización de la atención domiciliaria, se comenzaron a hacer consultas en los hogares donde realizaban los monitores y seguimiento a gestantes y personas contagiadas. Así, se llegaba a encontrar personas con necesidad de métodos anticonceptivos y se les distribuía posteriormente o el personal de salud llevaba consigo algunos métodos y se proveía directamente (Entrevista #7). Esto no estaba formulado como una política de la DIRESA, ya que la atención domiciliaria en Planificación Familiar estaba temporalmente suspendida, sino que más bien se basaba en la iniciativa propia de las obstetras que debía implementar los servicios de salud.

Esta situación evidencia una mayor presencia de los funcionarios de la salud para promover la continuidad del acceso a métodos anticonceptivos. Tal como menciona Lipsky (1980) los trabajadores a nivel de la calle, o burócratas de la calle, son los servidores públicos que principalmente contactan con la ciudadanía y pueden llegar a tomar decisiones sobre la implementación de las políticas públicas. En este sentido, el trabajo de la burocracia de la calle en servicios de salud durante la pandemia permitió acercar el programa de Planificación Familiar y la provisión de anticonceptivos a la población a pesar de las restricciones y organización de prioridades que colocó a la política a un nivel inferior para la DIRESA.

Con respecto a políticas del Estado, a nivel nacional se implementaron los servicios de Telesalud, lo cual permitió que la población pueda acceder a consejería sobre métodos anticonceptivos (Entrevista #5). Este servicio, adicionalmente, fue utilizado para saber qué personas necesitaban anticonceptivos, por lo cual se realizaban visitas domiciliarias breves para suministrarlo o se les pedía que se acercaran a los centros de salud para recibirlos (Entrevista #6).

Aparte del servicio de Telesalud, las obstetras también entregaban su número a personas que requería de atención en Planificación Familiar fuera de una cita programada. Ello aportó a que se continuaran manteniendo el contacto con la población usuaria y se pueda mantener el acceso continuo a anticonceptivos (Entrevista #6). Asimismo, una opción para que las usuarias puedan continuar protegiéndose, fue mantener la estrategia de otorgar 4 blísteres de píldoras anticonceptivas por 4 meses (Entrevista #5). De esta forma, las mujeres podían quedarse en casa y mantener su cuidado sexual y reproductivo sin necesidad de movilizarse en medio de los primeros meses de la pandemia.

Estas estrategias se mantuvieron durante la primera ola desde los meses de marzo y abril hasta junio aproximadamente (Entrevista #6). Fue a partir de los meses de julio y agosto que la población comenzó a movilizarse más, con lo cual el personal de salud se retomó los servicios presenciales de Planificación Familiar a través de centros de salud y atención domiciliaria (Entrevistas #6, #7). Las visitas, procedimientos y estrategias realizados durante años anteriores en la región comenzaron a implementarse nuevamente a medida que se generaban más espacios de movilidad social.

Esta situación si bien facilitó permitió mayor espacio de maniobra al personal de salud para proveer métodos anticonceptivos, también aceleró el uso de estos. En este sentido, se incrementó la demanda de métodos modernos por parte de la población y ello conllevó a que se generase un desabastecimiento de anticonceptivos en la región a fines de la primera ola (Entrevistas #4, #5). Frente a esta situación, se coordinó rápidamente con la DIRESA para reportar la falta de métodos modernos y solicitar un mayor abastecimiento para que el MINSA pueda suministrarlos y que la DIRESA pueda distribuirlos posteriormente en los centros de salud (Entrevistas #4, #5).

En medio de este periodo se realizaron las coordinaciones entre puestos de salud de una microrred. Este fue el caso de la microrred Simón Bolívar, en la cual comenzó a evidenciarse un desabastecimiento de métodos anticonceptivos en un puesto de salud, pero se contaba con abastecimiento en otro (Entrevista #7). Para continuar con la provisión de anticonceptivos se optó por solicitar la transferencia de un método de un puesto de salud a otro y de esta forma se cubría el requerimiento de la población usuaria.

Este mecanismo anteriormente utilizado fue útil. Sin embargo, ante la falta de anticonceptivos modernos en algunos puestos de salud y microrredes, el personal de salud recurrió a proveer información de estrategias de cuidado tradicionales como la abstinencia periódica o el método del ritmo (Entrevista #5). Estas estrategias fueron utilizadas por un promedio de cuatro semanas mientras el pedido de los centros de salud era gestionado entre la DIRESA de Pasco y el MINSA (Entrevistas #4, #5). Posterior a ello, el abastecimiento de anticonceptivos se retomó y continuó con normalidad durante los siguientes meses del año.

En medio de esta situación, el personal de salud buscó nuevas estrategias de contacto con la población usuaria para poder continuar entregando métodos anticonceptivos modernos. Tomar las visitas domiciliarias a gestantes y pacientes COVID-19 para consultar por necesidades de Planificación Familiar generó que las usuarias puedan continuar accediendo a métodos anticonceptivos modernos. Asimismo, la aplicación de estrategias ya existentes como la provisión de blísteres de píldoras anticonceptivas para un tiempo prolongado también generó que la población pueda mantener su cuidado sexual y reproductivo. Sin embargo, la falta de abastecimiento tuvo un impacto y también reflejó la demanda de mayor población que necesitaba acceder a anticonceptivos modernos. Debido a la pronta coordinación se pudo retomar el abastecimiento y la nueva información de la cantidad de población usuaria permitió también tener un mejor registro para la programación anual de anticonceptivos para el siguiente año (Entrevista #5).

### 3.4 Factores externos que inciden en el acceso a anticonceptivos modernos en Pasco

Las condiciones contextuales del área en que se implementa una política de salud pueden conllevar a restringir el acceso de la población a este servicio. En el caso del estudio del programa de Planificación Familiar y la provisión de anticonceptivos, se han considerado cuatro factores externos que inciden en la política, entre los cuales se encuentran determinantes sociales de la salud. En primer lugar, se aborda la situación socioeconómica y cómo esta puede influir sobre el acceso de la población a anticonceptivos modernos. En segundo lugar, se encuentran las creencias y perspectivas de las personas a partir de su propia cultura. En tercer lugar, se observa la perspectiva de género y cómo en políticas de salud sexual y reproductiva las mujeres pueden encontrar más limitantes al cuidado de su salud. Finalmente, en

cuarto lugar, desde un aspecto intercultural, se analiza la barrera del idioma presente en la región a partir de las diferencias lingüísticas presentes.

En relación al aspecto socioeconómico, el personal entrevistado ha mencionado que tanto los servicios de consejería en Planificación Familiar, así como la provisión y aplicación de anticonceptivos son gratuitos.

Las citas no tienen costo salvo sea una primera atención. Si es una usuaria nueva, va a tener que pagar su folder para que le aperturen la historia. La apertura de la historia es gratuita, pero se compra el folder para que se pongan ahí los datos y lo archiven. Ese es el único pago y solo por primera vez. Después de eso uno va, saca su cita y todo es gratuito (Entrevista #5)

Asimismo, se menciona que este costo del folder varía de puestos de salud. En este sentido, en algunos establecimientos no es necesario pagar por ello y en otros sí se requiere (Entrevista #5). Este costo monetario es mínimo y no supone un grave limitante, como pueden ser otros factores.

Tal es el caso de los trayectos para la atención presencial en los centros de salud. Los centros poblados, estancias y caseríos se suelen encontrar a dos o tres horas de los puestos de salud. Un ejemplo de ello son los caseríos en Huayllay. Este distrito que se encuentra en el sur de Cerro de Pasco cuenta con pocos centros de salud y estos son difícilmente accesibles (Entrevista #4).

Para la atención, las personas necesitan movilizarse en promedio cuatro horas entre viajes de ida y vuelta. Esto supone un limitante debido a que no siempre se puede realizar este trayecto por responsabilidades que la usuaria debe cumplir durante el día (Entrevistas #2, #4). Por ende, una estrategia por parte de los profesionales de la salud, como se ha evidenciado anteriormente, es realizar la atención domiciliaria a los pueblos más alejados (Entrevistas #4, #7).

En segundo lugar, el aspecto cultural está presente en la región en relación a las creencias y perspectivas religiosas de la población, especialmente en áreas rurales. Como menciona una obstetra a través de su experiencia al momento de promocionar métodos anticonceptivos, se encontró con personas que no querían escuchar la información que se brindaba (Entrevista #6).

Aún si la información era proporcionada adecuadamente, estas mujeres optaban por no aplicarse un método anticonceptivo. Según señala la entrevistada “Hay tipos de religiones que no acceden a usar un método anticonceptivo. La razón que nos dicen es ‘Dios me da los hijos que él quiere darme.’” (Entrevista #6). De esta

forma, se encuentra que una de las razones por las que se optaba por negar voluntariamente el uso de anticonceptivos era basada en creencias religiosas de la misma población.

Este tipo de experiencias no son exclusivas, sino que son compartidas entre el personal de la salud. Tal como comenta una de las entrevistadas a partir de su experiencia en áreas rurales de la provincia Daniel Alcides Carrión:

Las personas mayores, de 45 así, son reacias, cuando nosotros vamos y damos consejerías, ofrecemos nuestros métodos anticonceptivos, pero las personas tienen creencias. 'Si yo tengo relaciones sexuales en un colchón negro yo no me embarazo señorita, y siempre me he cuidado así'. O nos dicen 'Tengo unas hierbitas que es el amargón, y no tenido relaciones sexuales, posterior a eso he tomado mi amargón y no me embaracé'. También dicen 'posterior a mis relaciones sexuales me hacia el lavado de los genitales y entonces no me embarazaba'. Y así, hay personas que todavía tienen creencias lo cual nos limita para llegar a cubrir mayor población (Entrevista #7).

Estos testimonios permiten comprender que existen creencias del cuidado sexual a partir de "métodos folclóricos". Estos métodos anticonceptivos están basados en creencias de determinadas poblaciones, pero que cuentan con altas tasas de fallo de método y no cuentan con evidencia científica que los respalde (Ministerio de Salud, 2017).

De esta forma, se encuentra que, por un lado, ello refleja una intención de cuidado de la salud sexual y reproductiva de las personas. Sin embargo, por otro lado, la tasa de falla de estos métodos folclóricos deviene en situaciones de embarazos no deseados. A pesar de los esfuerzos del personal de salud por informar sobre el uso de anticonceptivos modernos, la resistencia a usarlos está presente principalmente en población de mayor edad y perteneciente a áreas rurales (Entrevistas #6, #7).

Si bien esta situación no resulta ser un limitante, puesto que la población voluntariamente declina el uso de métodos modernos, puede repercutir en el cuidado de la salud sexual y reproductiva debido a las fallas de los denominados métodos folclóricos.

En tercer lugar, las relaciones desiguales de género también resultan ser un limitante en relación al control del hombre sobre la salud sexual y reproductiva de la mujer. Tal como menciona una de las trabajadoras de la salud entrevistadas:

Algunas mujeres no desean atenderse porque están esperando la decisión del esposo.  
Les decimos

- Estos son los métodos anticonceptivos que tiene para aplicarse.
- No, no. Voy a preguntar a mi esposo a ver si puedo ponerme —nos responden

- Pero señora, el cuerpo es suyo.
- No, señorita. Tengo que preguntar todavía a mi esposo. (Entrevista #5).

Estas dinámicas vuelven a presentarse en zonas rurales y en población mayor a 40 años. Las razones por las cuales las mujeres prefieren consultar con sus parejas son debido al temor de que estos puedan reaccionar de forma violenta o crean que la mujer pueda querer evitar un embarazo de otra persona a través del uso de métodos anticonceptivos (Entrevista #5). Esto refleja que existe un condicionamiento que limita a las mujeres poder utilizar métodos anticonceptivos modernos de forma voluntaria.

Si bien se postuló inicialmente como una hipótesis que la desigualdad de género puede estar presente, pero no resultaba en restricciones a la libertad de decisión de las personas que desearan usar anticonceptivos, la evidencia indica lo contrario. Existe temor de parte de algunas mujeres en acceder a anticonceptivos por las repercusiones que eso pueda conllevar en su relación con su pareja. En este sentido, están presentes limitantes al acceso voluntario de las mujeres a anticonceptivos modernos.

En cuarto lugar, la diversidad lingüística presente en Pasco también ha repercutido en relación a la transmisión de la información, puesto que existe una barrera del idioma. Al ser Pasco una región compuesta por zonas de sierra y ceja de selva, contiene población quechua, asháninka y aimara. En el caso de la provincia Daniel Alcides Carrión, “existen varios distritos donde se utiliza el quechua y han existido dificultades porque el personal de salud no sabe pronunciar el idioma, algunos sí lo pronuncian, pero en general pueden entenderlo” (Entrevista #4).

Este conocimiento del idioma permite comprender las necesidades de la población. Sin embargo, la limitación de la comunicación por parte del personal de salud puede repercutir en el establecimiento de lazos de confianza. “Tenía una paciente que me decía ‘*ananau, ananu*’ [significa ‘qué dolor’], me hablaba en quechua. No podía entenderla. Cuando me decía que no quería algo comenzaba a decir ‘*manam kanchu*’ [significa ‘no entiendo’]” (Entrevista #4).

Esta situación no es exclusiva entre la población quechua. Ello también ocurre en la provincia de Oxapampa, en la cual se encuentran las comunidades ashaninkas y aimaras de Pasco. Debido a que estas comunidades utilizan lenguajes ajenos al quechua y español, una estrategia de los centros de salud es contratar a personal médico que conozca el aimara o que conozca la zona previamente para poder

comprender el contexto en el que se implementa la Planificación Familiar (Entrevista #4).

Este requerimiento de conocimiento del idioma no está especificado en los concursos públicos del MINSA, DIRESA o GERESA. Sin embargo, debido a la necesidad de establecer una mejor comunicación con la población, se suele solicitar y contactar a personal de salud que posea conocimiento del idioma (Entrevista #4). Esto permite que la transmisión de información sobre el uso de métodos anticonceptivos sea provista a las personas de las comunidades a partir de su propio idioma, así como la aplicación de anticonceptivos.

Sumado a ello, aunque no siempre ha sido posible contratar personal que maneja el idioma, una de las entrevistadas menciona que dentro de las comunidades están presentes personas que utilizan el aimara o asháninka y deciden trabajar voluntariamente junto al personal de salud para establecer una mejor comunicación entre el personal de la salud y sus comunidades (Entrevista #4).

A partir de esta evidencia, se encuentra que la barrera del idioma es un limitante que puede llegar a restringir el acceso a la información de la población que desea conocer sobre anticonceptivos modernos. Asimismo, existe personal de salud que todavía no logra a manejar completamente el idioma requerido para poder transmitir información y establecer lazos de confianza a partir de la lengua materna de la población.

A pesar de ello, también se han evidenciado estrategias para reducir la barrera del idioma a través del contrato de personal calificado con conocimiento de los idiomas de la región. Esto permite una mejor comunicación al momento de proveer los servicios de consejería, transmisión de la información y aplicación de métodos anticonceptivos modernos. Sumado a ello, el trabajo con voluntarios también permite a los funcionarios que no conocen bien el idioma acercarse y continuar otorgando servicios de salud sexual y reproductiva.

## Conclusiones

Esta tesis se desarrolló con el objetivo de identificar los factores que explican el acceso continuo a métodos anticonceptivos a través de la implementación del programa de Planificación Familiar en Pasco. La selección de años permitió observar la implementación de la política en un contexto normal y su posterior adaptación a la situación de emergencia sanitaria durante el año 2020.

Asimismo, la literatura sobre transmisión de información y abastecimiento de anticonceptivos, teoría sobre la capacidad estatal, implementación de políticas públicas y determinantes sociales de la salud permitieron analizar la información cuantitativa existente y la evidencia empírica recogida. Si bien el argumento inicial era que la transmisión de información, capacitación y abastecimiento de serían los factores explicativos del acceso continuo en la región, la información recopilada refleja que existen factores adicionales que también influyen en el acceso continuo a métodos anticonceptivos.

Entre ellos se encuentra la coordinación articulada existente entre diferentes niveles dentro de la Dirección Regional de Salud de Pasco. Esta coordinación genera canales de comunicación que permiten a los funcionarios de la salud gestionar la provisión continua de anticonceptivos no solo a través de las compras anuales, sino también por adquisiciones adicionales si es requerido por la población.

Asimismo, la labor de las burócratas de la calle, principalmente obstetras, en la región, conlleva a una implementación que va más allá de la norma específica. Si bien siguen las indicaciones de la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar como son las campañas de Planificación Familiar, también adoptan estrategias como el contacto a nueva población usuaria dentro de los centros de salud. En adición a ello, durante la pandemia, se evidencia más el trabajo de la burocracia de la calle cuando al realizar visitas domiciliarias a mujeres gestantes y pacientes COVID-19 también establecieron comunicación con población usuaria de anticonceptivos modernos.

De esta forma, el principal aporte de la tesis fue visibilizar que la provisión de anticonceptivos a través del programa de Planificación Familiar se da de forma continua tanto por acciones de la burocracia de la calle como por la gestión de funcionarios dentro de la Diresa. En este sentido, un enfoque multinivel que toma en cuenta tanto la perspectiva *top-down* como *bottom-up* permitió conocer ambos procesos que aportaron al acceso continuo a métodos modernos en la región.

Si bien este acceso se da en un 60% de las mujeres unidas encuestadas en la región, también existen dificultades (INEI, 2020). En relación a ello, se encontró que dentro de Pasco es requerida una mayor capacitación al personal de salud y recursos humanos especializados para desplegar la política a mayor cantidad de personas que necesiten utilizar estos métodos. Por ende, este factor no resultó explicar el acceso continuo a anticonceptivos por medio de la Planificación Familiar.

Sumado a ello, otros desafíos a la política se encontraron en relación a factores externos como las diferencias lingüísticas entre las comunidades indígenas de la región y los servidores de la salud. En relación a la barrera del idioma, esta ha sido un limitante en áreas rurales no solo dentro de Pasco, sino también en departamentos como Huancavelica (Chara et al., 2012). De esta forma se encuentra que este tipo de factores externos a la Planificación Familiar también logran incidir sobre la población.

El aporte de este estudio dentro de la literatura sobre el acceso a anticonceptivos en el Perú se encuentra en la coordinación interna del sistema de salud para mantener actualizado el abastecimiento en los diferentes centros de una región. Asimismo, dentro de los hallazgos se confirma que la capacidad estatal en relación al abastecimiento y la entrega de anticonceptivos se ve limitada si no se cuenta con suficiente personal especializado para efectuar una atención adecuada a la población usuaria (Chara et al., 2012; Carmona et al., 2016; Irons, 2019).

En este sentido, se recomienda incrementar la capacidad estatal en relación a recursos humanos y mantenerla a través de capacitaciones constantes al personal de salud. Sumado a ello se sugiere observar las estrategias de la burocracia de la calle para evaluar si es posible institucionalizarlas de modo que se acreciente el acceso de anticonceptivos modernos a la población.

Finalmente, debido a que la tesis presentó limitantes en profundizar el trabajo directo de la Coordinación de Planificación Familiar para gestionar el abastecimiento de anticonceptivos, estudiar este aspecto ampliaría el conocimiento de la coordinación y procedimientos internos dentro de la DIRESA y el MINSA. Tomando en cuenta ello, observar esta coordinación en las DIRESAs como parte de una agenda futura puede proporcionar un mayor panorama sobre la adquisición de anticonceptivos y abastecimiento en centros de salud en otras regiones del país.

## Referencias Bibliográficas

- Álvarez, L. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 69-79. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54514009005>
- Alwyn, J. (2014). Derechos políticos de los pueblos indígenas en América Latina: el impacto del Convenio 16. En J. Aylwin y L. Tamburini (Eds.), *Convenio 169 de la OIT. Los desafíos de su implementación en América Latina a 25 años de su aprobación* (pp. 62-79). Grupo Internacional de trabajo sobre Asuntos Indígenas IWGIA.
- Aramburú, C. (2014). Idas y vueltas: los programas de planificación familiar en el Perú. *Revista Latinoamericana de Población*, 8(14), 81-103. <https://doi.org/10.31406/relap2014.v8.i1.n14.4>
- Augusto, M., Dargent, E., y Rousseau, S. (2017). Más allá de la capacidad estatal: sociedad civil e implementación de políticas a nivel subnacional en Cusco y San Martín (Perú). *Colombia Internacional*, (90), 99-125. <https://doi.org/10.7440/colombiaint90.2017.04>
- Bersch, K., Praça, S., & Taylor, M. (2017). Bureaucratic Capacity and Political Autonomy Within National States: Mapping the Archipelago of Excellence in Brazil. In D. Mistree (Author) & M. Centeno, A. Kohli, & D. Yashar (Eds.), *States in the Developing World* (pp. 157-183). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781316665657.007>
- Boggio, M. (2018). *Capacidad estatal en los gobiernos regionales y políticas de atención a la infancia: 2010–2014*. [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú].
- Carmona, G., Aspilcueta, J., Cárdenas, U., Flores, S., Álvarez, E., y Solary, L. (2016). Intervenciones para optimizar la oferta de métodos modernos de planificación familiar en la región tropical de Loreto, Perú. *Gerencia y Políticas de Salud*, 15(30), 142-158. Doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.iroom>
- Cavenaghi, S., & Diniz, J. (2009). Fertility and contraception in Latin America: historical trends, recent patterns. *Demographic transformations and inequalities in Latin America: historical trends and recent patterns*, (1), 161-192.
- Centro de Recursos Interculturales. (2015). *Lenguas Indígenas*.
- Centro Liber. (2022, 12 de agosto). Los expedientes fiscales de los gobernadores. *Centro Liber*. <https://www.centroliber.pe/es/especiales/los-expedientes-fiscales-de-los-gobernadores>
- Chara, M., Vásquez, R., y Sosa, A. (2012). *Comunicación en salud: experiencias de promoción en planificación familiar con jóvenes de zona rural. Tayacaja-Huancavelica* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú].

- Chávez, S., Coe, A., y Guerrero, R. (2005) *La salud sexual y reproductiva en el Perú: principales inquietudes e iniciativas de política*. Article 19.
- Chávez, S., y Távora, L. (2010). *El derecho a la planificación familiar: una agenda inconclusa en el Perú*. Promsex. <http://promsex.org/wp-content/uploads/2010/12/PFDocumentoNacional.pdf>
- Ccoillo, M. (30 de septiembre de 2021). Perú retrocedió cinco años en acceso a métodos anticonceptivos durante la pandemia. *Salud con Lupa*. <https://saludconlupa.com/noticias/peru-retrocedio-cinco-anos-en-acceso-a-metodos-anticonceptivos-durante-la-pandemia/>
- Condori, L. y Ñañez, M (2014). *Calidad de atención en planificación familiar a usuarias del centro de salud Santa Ana, 2013* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Huancavelica].
- Correa, M., y Huamán, T. (2020). Impacto del COVID-19 en la salud sexual y reproductiva. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 5(2), e4-e7.
- De la Cruz-Peñarán, D., Langer-Glas, A., Hernández-Prado, B., y González-Rengijo, G. (2003). Conocimientos y actitudes de la pareja hacia la práctica de la planificación familiar en la Selva del Perú. *Salud pública de México*, 45(6), 461-471. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6496>
- Dirección General de Personal de la Salud (2021). *Compendio estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud, Perú 2013-2020*. [https://drive.minsa.gob.pe/s/4YSTM6tx9qB8P43/download/publicacion-completa\\_V28.pdf](https://drive.minsa.gob.pe/s/4YSTM6tx9qB8P43/download/publicacion-completa_V28.pdf)
- Espinoza-Portilla, E., Gil-Quevedo, W., y Agurto-Távora, E. (2021). Principales problemas en la gestión de establecimientos de salud en el Perú. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46, e2146. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662020000400012&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000400012&lng=es&tlng=es).
- Faúndes, A., Távora, L., Brache, V., & Alvarez, F. (2007). Emergency contraception under attack in Latin America: response of the medical establishment and civil society. *Reproductive Health Matters*, 15(29), 130-138. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(07\)29300-0](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(07)29300-0)
- Franco, M., Scartascini, C., & Tommasi, M. (2014). *State capacity and the quality of policies: Revisiting the relationship between openness and the size of government* (No. IDB-WP-532). IDB Working Paper Series.
- Gakidou, E., & Vayena, E. (2007). Use of modern contraception by the poor is falling behind. *PLoS medicine*, 4(2), e31. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040031>
- Galán-Rodas, Edén, Tarazona-Fernández, Augusto, y Palacios-Celi, Miguel. (2020). Riesgo y muerte de los médicos a 100 días del estado de emergencia por el COVID-19 en Perú. *Acta Médica Peruana*, 37(2), 119-121. <https://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.372.1033>

- Gamboa, T., y Arellano, M. (2007). Tendencias neoliberales en la reforma de la gestión pública en América Latina. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6(13), 46-65.
- García, M. (2017). Las políticas públicas y su análisis. En S. Martí, J. Solís y F. Sánchez (Eds.), *Curso de Ciencia Política* (pp. 577-615). Senado de la República. <http://acpa-usal.com/wp-content/uploads/CURSO-DE-CIENCIA-POLITICA.pdf>
- García-Ramírez, J., y Vélez-Álvarez, C. (2013). América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: políticas públicas implementadas. *Revista de Salud Pública*, 15, 731-742.
- Gianella, C., Beteta, E., Cotlear, D., Dargent, E., Francke, P., Petrerá, M., Rojas, D., Rousseau, S., y Yon, C. (2020). *Fortalecer el sistema de salud público para la equidad en salud: una necesidad impostergable*. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Grindle, M. (2009). La brecha de la implementación. En F. Mariñes y V. Garza (Eds.) *Política pública y democracia en América Latina. Del análisis a la implementación* (pp. 33-51). Miguel Ángel Porrúa.
- Guerrero, R. (2013). La penalización de las relaciones sexuales entre o con adolescentes y su efecto en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30, 500-505.
- Gutierrez-Aguado, A., Pinares-Bonnett, M., Salazar-Panta, W., y Guerrero-Cruz, J. (2020). Economic impact on the quality of health services in the framework of the COVID-19 pandemic in Peru: Impacto económico en la calidad de los servicios de salud en el marco de la pandemia COVID-19 en el Perú. *Revista De La Facultad De Medicina Humana*, 21(1). <https://doi.org/10.25176/RFMH.v21i1.3244>
- Hogwood, B., y Gunn, L. (2018). Implementación. En M. Pardo, M. Dussauge y G. Cejudo (Eds.), *Implementación de políticas públicas. Una antología* (pp. 29-60). CIDE.
- Holland, A. C. (2017). *Forbearance as redistribution: The politics of informal welfare in Latin America*. Cambridge University Press.
- INEI. (2015). *Informe Principal Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014*, Lima.
- INEI. (2018a). *Pasco: Resultados Definitivos de los Censos Nacionales 2017*, Lima.
- INEI. (2018b). *Perú: Resultados Definitivos de los Censos Nacionales 2017*, Lima.
- INEI. (2019). *Perfil de la población en condición de pobreza a nivel departamental*, Lima.
- INEI. (2020). *Informe Principal Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019*, Lima.
- INEI. (2021). *Informe Principal Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2020*, Lima.

- INEI. (2022). *Informe Principal Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021*, Lima.
- Irons, R. (2019). Análisis cualitativo de la atención en los servicios de planificación familiar ofrecidos a pacientes quechuahablantes en Ayacucho, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36, 188-195.
- Juárez, E., Astete, P., y Guerrero, R. (2020). *Informe de la situación del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia de COVID-19 en el Perú*. <https://promsex.org/publicaciones/informe-de-la-situacion-del-acceso-a-los-servicios-de-salud-sexual-y-reproductiva-durante-la-pandemia-de-covid-19-en-el-peru/>
- Lazo-Gonzales, O., Alcalde-Rabanal, J., y Espinosa-Henao, M. O. (2016). *El sistema de salud en Perú*. Situación y desafíos. <https://hdl.handle.net/20.500.12971/32>
- Levy, J. S. (2008). Case studies: Types, designs, and logics of inference. *Conflict management and peace science*, 25(1), 1-18.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. Russell Sage Foundation.
- Lizaraso, F., & Del Carmen, J. C. (2021). COVID-19: Lecciones aprendidas tras un año de pandemia en el Perú. *Horizonte Médico (Lima)*, 21(1), e1364. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2021.v21n1.01>
- López, B. (2020). La salud sexual y reproductiva en tiempos de COVID-19 en el Perú. *Revista Médica Basadrina*, 14(1), 56-58.
- Mann, M. (2007). El poder autónomo del Estado: sus orígenes, mecanismos y resultados. En Proyecto de Modernización del Estado (Ed.), *Lecturas sobre el Estado y las políticas públicas: Retomando el debate de ayer para fortalecer el actual* (pp. 55-78). Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación.
- May, P. (2018). El diseño y la implementación de las políticas públicas. En M. Pardo, M. Dussauge, y G. Cejudo (Eds.), *Implementación de políticas públicas. Una antología* (pp. 149-174). CIDE.
- Merino, M. (2013). El proceso de las políticas públicas: Las condiciones del éxito. En *Políticas públicas: Ensayo sobre la intervención del Estado en la solución de problemas públicos* (pp. 109-176). CIDE.
- Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. (2022). *Reporte Seguimiento Concertado al Acuerdo de Gobernabilidad para la Región Pasco 2019-2022 (Periodo 2020)*. <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2021-11-11/seguimiento-al-acuerdo-de-gobernabilidad-regional-pasco-periodo-2020.pdf>
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2019). *Consulta Amigable. Consulta de Ejecución del Gasto. Transparencia Económica*. <https://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx?y=2019&ap=ActProy>

- Ministerio de Economía y Finanzas. (2020). *Consulta Amigable. Consulta de Ejecución del Gasto. Transparencia Económica*. <https://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx?y=2019&ap=ActProy>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2018). *La corrupción en los gobiernos regionales y locales*. <https://procuraduriaanticorruptcion.minjus.gob.pe/wp-content/uploads/2018/09/LA-CORRUPCI%C3%93N-EN-GOBIERNOS-REGIONALES-Y-LOCALES.pdf>
- Ministerio de Salud. (2017). *Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>
- Ministerio de Salud. (2019). *Análisis de Situación de Salud del Perú, 2019*. [https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis\\_peru19.pdf](https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf)
- Ministerio de Salud. (2021). *Evaluación de los Programas Presupuestales de Salud Año 2019*. [https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2019/Evaluacion\\_Anual\\_2019\\_PP.pdf](https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2019/Evaluacion_Anual_2019_PP.pdf)
- Mujica, J. (2011). Transformaciones políticas de los grupos conservadores en el Perú. En Corrêa, S., y Parker, R. (Orgs.) *Sexualidade e política na América Latina: histórias, interseções e paradoxos* (pp. 337-349). ABIA.
- Munck, G. L., & Verkuilen, J. (2005). Research designs. In K. Kempf-Leonard (Ed.), *Encyclopedia of social measurement* (pp. 385-395). Elsevier.
- Murillo-Peña, J. P., Mendoza-Arana, P. J., Rojas-Mezarina, L. R., Huamán-Angulo, L. A., Peralta Quispe, F., Riega-López, P. A., Chilca Alva, M. L., Silva Valencia, J., Ugarte Taboada, C. M., Loayza Altamirano, J. C., Pérez Lázaro, W., Moscoso Porras, M., Cabana Peceros, A., y Escobar Agreda, S. A. (2021). Cambios en la densidad de recursos humanos en salud durante la epidemia de COVID-19 en el Perú, abril - agosto 2020. *Anales De La Facultad De Medicina*, 82(1). <https://doi.org/10.15381/anales.v82i1.20822>
- Neyra, C. (2020). *Caracterización de la región Pasco 2020*. SINEACE.
- Oblitas, B. (2009). Machismo y violencia contra la mujer. *Investigaciones Sociales*, 13(23), 301-322. <https://doi.org/10.15381/is.v13i23.7235>
- OCDE (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Palacios, A., y Vera, C. (2019). *El clientelismo político, y su relación con la capacidad estatal, en los profesionales de salud del Ministerio de Salud, Lima-Perú 2019*. [Tesis de maestría, Universidad San Martín de Porres].
- Pardo, M., Dussauge, M, y Cejudo, G. (Eds.). (2018). *Implementación de políticas públicas. Una antología*. CIDE.

- Paredes, L. (2016). *¿Cuántos queremos ser o cuántos podemos ser?: Los primeros lineamientos de la política de planificación familiar en el Perú*. [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú].
- Pesantes, M., Lazo-Porras, M., Cárdenas, M., Diez-Canseco, F., Tanaka-Zafra, J., Carrillo-Larco, R., Bernabé-Ortiz, A., Málaga, G., y Miranda, J. (2020). Los retos del cuidado de las personas con diabetes durante el estado de emergencia nacional por COVID-19 en Lima, Perú: recomendaciones para la atención primaria. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(3), 541-546. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2020.373.5980>
- Ponce de León, Z. (2021). *Sistema de Salud en el Perú y el COVID-19*. (Documento de política pública). Escuela de Gobierno y Políticas Públicas - PUCP. <http://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/176598>
- Prada, E. (1992). *La planificación familiar en América Latina*. CEPAL. <http://hdl.handle.net/11362/21180>
- Presidencia del Consejo de Ministros. (2018). *Informe anual del proceso de descentralización 2018*. <http://www.descentralizacion.gob.pe/wp-content/uploads/2019/05/Informe-de-Descentralizacion-2018-VF.pdf>
- Promsex, Corporación MILES., y Reproductive Health Supplies Coalition (2021). *Variación de los costos de las píldoras anticonceptivas durante la pandemia*. Promsex. <https://promsex.org/publicaciones/variacion-de-los-costos-de-las-pildoras-anticonceptivas-durante-la-pandemia/>
- Rojas, P. (18 de agosto de 2019). Perú cuenta con los métodos anticonceptivos más efectivos en el mundo, pero son poco usados. *Gestión*. <https://gestion.pe/peru/peru-cuenta-con-los-metodos-anticonceptivos-mas-efectivos-en-el-mundo-pero-son-poco-usados-noticia/>
- Rousseau, S. (2007). Las políticas de salud reproductiva en el Perú: reformas sociales y derechos ciudadanos. *Revista estudios feministas*, 15, 309-331. <http://www.jstor.org/stable/24327679>
- Rousseau, S., Dargent, E., Navarro, A., y Sosa, P. (2017). *La política del multilingüismo en dos regiones con mayorías quechua hablantes: informe de investigación*. Pontificia Universidad Católica del Perú. <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/70676>
- Rueschemeyer, D. & Evans, P. (1985). The state and economic transformation: Toward an analysis of the conditions underlying effective intervention. In P. Evans, D. Rueschemeyer, & T., Skocpol (Eds.), *Bringing the State Back in* (pp. 44-77). Cambridge University Press.
- Sabatier, P. (1986). Top-down and bottom-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis. *Journal of Public Policy*, 6(1), 21-48.

- Sabatier, P., y Mazmanian, D. (1993). La implementación de la Política Pública: un marco de análisis. En L. Aguilar (Comp.). (1993). *La implementación de las políticas* (pp. 323-372), Miguel Ángel Porrúa.
- Shack, N., Pérez, J. & Portugal, L., (2021). *Incidencia de la corrupción y la inconducta funcional en el Perú 2020*. Documento de Política en Control Gubernamental. Contraloría General de la República. Lima, Perú. [https://doc.contraloria.gob.pe/estudios-especiales/documento\\_trabajo/2021/INCIDENCIA\\_DE\\_LA\\_CORRUPCION\\_Y\\_LA\\_INCONDUCTA\\_FUNCIONAL\\_2020.pdf](https://doc.contraloria.gob.pe/estudios-especiales/documento_trabajo/2021/INCIDENCIA_DE_LA_CORRUPCION_Y_LA_INCONDUCTA_FUNCIONAL_2020.pdf)
- Skocpol, T. (1985). Bringing the state back in: strategies of analysis in current research. In P. Evans, D. Rueschemeyer, & T. Skocpol (Eds.), *Bringing the state back in* (pp. 3-38). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511628283.002>
- Snyder, R. (2001). Scaling down: The subnational comparative method. *Studies in comparative international development*, 36(1), 93-110.
- Soifer, H. (2008). *State Infrastructural Power: Approaches to Conceptualization and Measurement*. *Studies in Comparative International Development*, 43(3-4), 231–251. doi:10.1007/s12116-008-9028-6
- Soto, Z. (1976). *América Latina: actividades desarrolladas por los programas de planificación de la familia, 1974*. CEPAL.
- Suárez, G., y Gasparrini, G. (2019). *Políticas públicas multinivel. Aportes para su gestión* [Conferencia]. 1er Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Villa María, articulando diálogos políticos y académicos en Ciencias Sociales. Villa María, Argentina.
- Subirats, J., Knoepfel, P., Larrue, C., y Varone, F. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Ariel.
- Taype-Rondán, A., Inga-Berrosipi, F., Casiano, R., y Bastidas, F. (2015). Percepción de médicos recién egresados sobre las habilidades clínicas adquiridas durante el pregrado en Lima, Perú. *Revista médica de Chile*, 143(4), 540-542. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000400019>
- Ugalde, A., y Homedes, N. (2002). Descentralización del sector salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria*, 16, 18-29.
- Velásquez, A., Suarez, D., y Nepo-Linares, E. (2016). Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33, 546-555. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2338>
- Van Meter, D. S., & Van Horn, C. E. (1975). The policy implementation process: A conceptual framework. *Administration & Society*, 6(4), 445-488. <https://doi.org/10.1177/009539977500600404>

Vaquero, B. (2007). La implementación de políticas públicas. *Dikaion*, 21(16), 135-156.

Vega, J., Solar, O., e Irwin, A. (2005). Equidad y determinantes sociales de la salud. En Jadue, L., y Marín, F. (Ed.) *Determinantes sociales de la salud en Chile en la perspectiva de la equidad* (pp. 9-18). ICES.



## Anexos

### Anexo A: Modelo de Consentimiento Informado

#### **PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTAS PARA PARTICIPANTES<sup>3</sup>**

Estimada/o participante,

Le pedimos su apoyo en la realización de una investigación conducida por *Carlos Gabriel Vasquez Valverde*, estudiante de la especialidad de Ciencia Política y Gobierno de la Facultad/Departamento Académico de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesorado por el docente *Tomás Dosek*. La investigación, denominada “*El acceso continuo a métodos anticonceptivos modernos a través del Programa de Planificación Familiar en el departamento de Pasco (2019-2020)*”, tiene como propósito *conocer la implementación del Programa de Planificación Familiar en relación a la distribución de anticonceptivos modernos y la información del funcionamiento de estos*.

Se le ha contactado a usted en calidad de ..... Si usted accede a participar en esta entrevista, se le solicitará responder diversas preguntas sobre el tema antes mencionado, lo que tomará aproximadamente entre 25 y 50 minutos. La información obtenida será únicamente utilizada para la elaboración de una tesis. A fin de poder registrar apropiadamente la información, se solicita su autorización para grabar la conversación. La grabación y las notas de las entrevistas *serán almacenadas únicamente por el investigador en su computadora personal protegida mediante contraseña por un periodo de tres años, luego de haber publicado la investigación, y solamente él y su asesor tendrán acceso a la misma*. Al finalizar este periodo, la información será borrada.

Su participación en la investigación es completamente voluntaria. Usted puede interrumpir la misma en cualquier momento, sin que ello genere ningún perjuicio. Se considera que este estudio implica un riesgo mínimo para usted. Además, si tuviera alguna consulta sobre la investigación, puede formularla cuando lo estime conveniente, a fin de clarificarla oportunamente.

En caso de tener alguna duda sobre la investigación, puede comunicarse al siguiente correo electrónico: [carlos.vasquezv@pucp.edu.pe](mailto:carlos.vasquezv@pucp.edu.pe) o al número +51 xxxxxxxx. Además, si tiene alguna consulta sobre aspectos de ética de la investigación, puede comunicarse con el Comité de Ética de la Investigación de la universidad, al correo electrónico [etica.investigacion@pucp.edu.pe](mailto:etica.investigacion@pucp.edu.pe).

---

<sup>3</sup> Considere que este es solo un ejemplo de PCI que contiene los elementos solicitados por el CEI (ver “Lista de Verificación para la aplicación de principios éticos”). Los elementos subrayados en este modelo suelen ser más susceptibles a cambios, pero las modificaciones pueden realizarse en todo el documento. Depende de cada investigador variar el contenido según el perfil de sus participantes.

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para participar en el estudio y autorizo que mi información se utilice en este.

Asimismo, estoy de acuerdo que mi identidad sea tratada de manera (*marcar una de las siguientes opciones*):

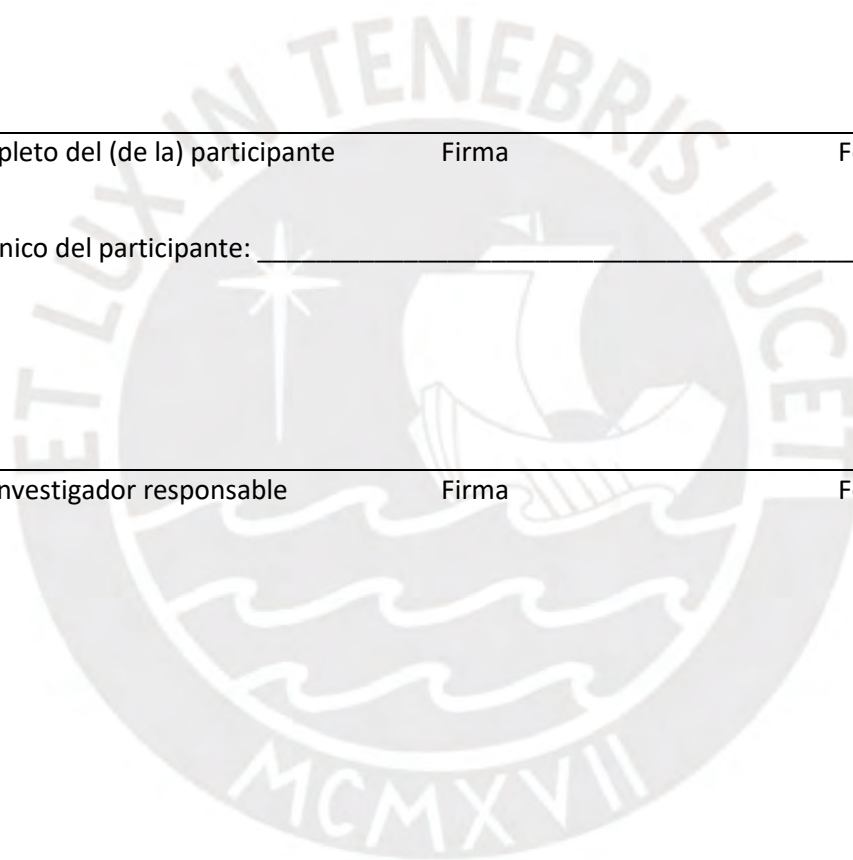
	<b>Declarada</b> , es decir, que en la tesis se hará referencia expresa de mi nombre.
	<b>Confidencial</b> , es decir, que en la tesis <b>no</b> se hará ninguna referencia expresa de mi nombre y la tesista utilizará un código de identificación o pseudónimo.

Finalmente, entiendo que recibiré una copia de este protocolo de consentimiento informado.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del (de la) participante                      Firma                      Fecha

Correo electrónico del participante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Investigador responsable                      Firma                      Fecha



## Anexo B: Listado de personas entrevistadas

<b>N°</b>	<b>Cargo</b>	<b>Institución</b>	<b>Fecha</b>
1	Investigador	UNFPA Perú	20 de abril, 2023
2	Investigadora/Directora	PROMSEX	21 de abril, 2023
3	Personal de salud	Centro de salud local	24 de abril, 2023
4	Miembro del consejo directivo	Colegio de Obstetras	29 de mayo, 2023
5	Coordinación Regional de Etapa de Vida Adolescente y Joven	DIRESA	7 de junio, 2023
6	Personal de salud	Centro de salud local	9 de junio, 2023
7	Personal de salud	Centro de salud local	15 de junio, 2023

