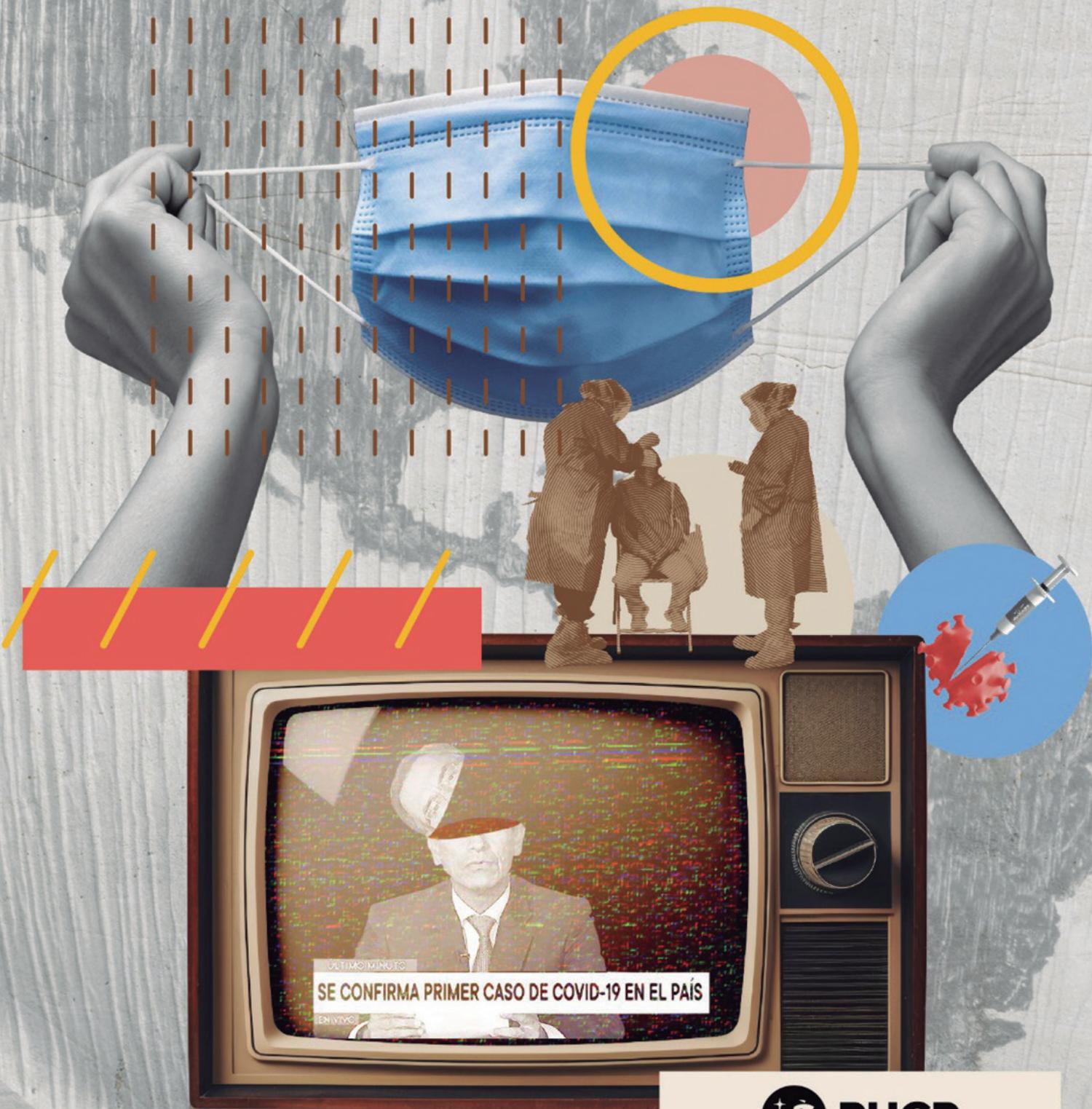


POLITAI

REVISTA DE CIENCIA POLÍTICA



SE CONFIRMA PRIMER CASO DE COVID-19 EN EL PAÍS

POLITAI

REVISTA DE CIENCIA POLÍTICA

Director:

Edgar Luna

Comité Revisor:

Luis Llanos Zavalaga
Camila Gianella
Arturo Maldonado
Grace Mendoza
Alejandra Herrera
Rodolfo Valentini
Fernando Llanos
Alejandro Boyco
Gonzalo Gamio
Maria Calisaya
Gonzalo Reátegui
Antuané Vera
I'talo Dill'Erva
Alexander Benites
Graciela Meza

Equipo Editorial:

Jennifer Retamozo
Marianna Guzmán
Silvana Baltodano
Claudia Ñaña
Dians Sullca
Ximena Pinillos
Luis Llanos Illescas
Kevin Villarreal
Christy Yapuchura
Claudia Torres

Diseño de carátula y diagramación:

Vision PC Perú

Gestión de visibilidad académica e indización:

Ismael Canales

Portal de Politai:

revistas.pucp.edu.pe
<https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/politai>

Agradecimientos:

El equipo de Publicaciones de Politai agradece los aportes del profesor Arturo Maldonado y el Dr. Luis Llanos en el proceso editorial del presente número.

POLITAI

REVISTA DE CIENCIA POLÍTICA

Consejo Directivo

Presidente	Juan Arias Palomino
Directora de Fiscalía y Recursos Humanos	Alexa Fernández Gavilano
Director de Economía	Esteban Gavilán Díaz
Directora de Eventos	Annelisse Sánchez Contreras
Directora de Imagen institucional	María José Marrou Rivera
Directora de Investigación	Margareth Rodríguez Euscate
Director de Publicaciones	Edgar Luna Salazar

Comisión de Fiscalía y Recursos Humanos

Alexa Fernández Gavilano
César Clemente Poma
Consuelo Escobar Luyo
Derle Jorge Delgado
Fer Torres Llerena
María Cristina Huaynate Villanueva

Comisión de Publicaciones

Edgar Luna Salazar
Christy Yapuchura Mamani
Luis Fernando Llanos Illescas
Jennifer Retamozo Gonzales
Kevin Villarreal Urquizo
Claudia Torres Pérez
Dians Sullca Molina
Marianna Guzmán Sebastián
Ximena Pinillos Zegarra
Silvana Baltodano Quillahumán
Joel Huamani Ccallocunto

Comisión de Imagen institucional

María José Marrou Rivera
Ana Belén Gutiérrez Pereda
Daniel Silva Philipps
Diego Sandi Suen
Jhoselyn Martínez Urday
Rosa Huamaní Pucho
Sofía Silva Rejas
Stefany Contreras Vargas

Comisión de Investigación

Margareth Rodríguez Euscate
Ariana Ortiz Bernal
Elena Flores Capcha
Elizabeth García Rodríguez
José Navarro Nateros
Michael Encalada Calderón
Romina Vílchez Sapallanay
Sergio Torres Quispe

Comisión de Economía

Esteban Gavilán Díaz
Carlos Benavides Reyes
Yhoritkey Chero Paredes
Carlos Crespín Juárez
Nicole Loayza Roldán
Paul Flores Coapaza

Comisión de Eventos

Annelisse Sánchez Contreras
Mariano Peralta Cisneros
Paula Chata Vilca
Romina Loayza Gaitán
Valeria Vidarte Echeverri
Jimmy Noblejas García
Fiorella Hurtado Rubio

ÍNDICE

Presentación	9
Editorial	11
Artículos	15
Aprendizaje de políticas y COVID-19: La experiencia de vacunación en países latinoamericanos	17
Servicios de salud mental para la población en movilidad. Las limitaciones del sector público, privado y de la sociedad civil en México	41
Alianzas Socio-Técnicas y Políticas de Medicamentos: perspectivas desde la crisis Argentina del 2001	61
¿Promesa incumplida?: Prevalencia y factores determinantes de la anemia infantil durante la pandemia de COVID-19 en Perú	89
Estrategias para el control del dengue en las áreas urbanas de Lima: un estudio de incidencia en Lima Sur y Lima Norte	109
La judicialización de los derechos reproductivos en perspectiva comparada: el Anticonceptivo Oral de Emergencia en Perú (2006-2009) y Chile (2007-2009)	129
Entrevista a Luis Fernando Llanos: “No contamos con un sistema de salud cohesionado; más bien, lo que tenemos es una suerte de collage”	155
Reseña	167
Libro: “¿Qué hicimos mal? Sociedad y Estado frente al Covid-19”	169
Observatorio	173

PRESENTACIÓN

Los retos de la salud pública en América Latina

La salud de calidad y oportuna es un derecho de todos. Si bien en el Perú los datos oficiales indican que más del 95% de la población están registrados en algún tipo de seguro de salud, realmente el acceso a la salud tiene aún muchas barreras y desafíos. Según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del 2022, 7 de cada 10 personas que necesitaron atención médica nunca la obtuvieron. Además, el Ministerio de Salud del Perú (2021) ha reportado que 97% de los hospitales y 98% de los establecimientos de salud del primer nivel de atención cuentan con una capacidad insuficiente y condiciones inadecuadas para brindar una atención de salud.

Desde nuestra perspectiva, un sistema de salud fortalecido y resiliente necesita cinco componentes clave: recursos humanos suficientes y capacitados; infraestructura de servicios adecuada y con óptimos sistemas de prevención y control de enfermedades; insumos y materiales (medicamentos, vacunas, reactivos, etc.) suficientes y disponibles para atender la demanda de salud; sistemas (de gestión, informáticos, logísticos) que permitan viabilizar de forma eficiente y efectiva las atenciones de salud; y soporte social (apoyo socioeconómico), sobre todo para las personas más pobres y vulnerables, para ayudarles a romper el círculo vicioso de pobreza y enfermedad.

En ese sentido, seguir invirtiendo y explorando las condiciones de los servicios de salud, así como discutiendo estrategias e intervenciones que prioricen la mejora de dichos servicios, en el marco de una atención de salud centrada en la persona, es una necesidad y una prioridad clave.

Por ello, es muy grato para mí presentar la edición 24 de *Politai: Revista de Ciencia Política*, enfocada en investigaciones que abordan los retos de la salud pública en América Latina.

Dentro del contenido de este número de la revista, Nayelhi Saavedra, Jorge Galván Reyes, Sarahí Alanís analizan la problemática para el acceso de la población migrante a servicios de salud mental públicos y privados en 5 estados mexicanos.

Los retos de la salud pública en América Latina

Además, siguiendo la problemática de la pandemia de la COVID-19, Diana Paz-Gómez revisa la cadena de suministros de vacunas contra el SARS-Cov-2 en diferentes países de latinoamérica y plantea recomendaciones a partir de las lecciones aprendidas. Asimismo, Paul Flores y Cristian Bocanegra evalúan el impacto de la pandemia sobre la anemia infantil en el Perú, buscando identificar los factores asociados a este problema de salud antes, durante y posterior a la pandemia.

También, siguiendo con el análisis del efecto de otros problemas de salud, Pamela Salazar aborda la situación del dengue, centrado en dos áreas periféricas de Lima Metropolitana, y propone alternativas y discute enfoques integrales para mitigar su impacto ante futuros eventos.

Finalmente, Guillermo Santos, en base a la crisis del 2001 de Argentina, analiza la disponibilidad y acceso de la población a los medicamentos desde un enfoque socio-técnico; y Hadaly Monzon, María José Marrou y Nicolás Silva discute como acciones efectivas como la anticoncepción oral de emergencia son restringidas como intervenciones de salud pública en Perú y Chile debido a decisiones judiciales y participación ciudadana que limita su acceso a las comunidades que la necesitan.

Todo lo anterior son temas muy relevantes, y esperamos que estos estudios ayuden a mejorar el conocimiento de estos tópicos, pero sobre todo, incrementen la discusión sobre soluciones efectivas que mitiguen el impacto de los principales problemas de salud pública en nuestra comunidad en América Latina.

Leonid Lecca García, MD, MSc
Instructor, Departamento de Salud Global y Medicina Social
Escuela de Medicina, Universidad de Harvard
Director Ejecutivo, Socios En Salud

EDITORIAL

Los retos de la salud pública en América Latina

La pandemia de COVID-19 reveló una verdad ineludible: los sistemas de salud en América Latina son frágiles y, en la mayoría de los casos, insuficientes para enfrentar crisis sanitarias de gran magnitud. A pesar de los esfuerzos, a menudo improvisados, de los países de la región para enfrentar la pandemia, esta expuso profundas desigualdades y deficiencias estructurales que no se pueden ignorar.¹ Estas debilidades subrayan la imperiosa necesidad de fortalecer nuestros sistemas de salud, una urgencia que se torna aún más apremiante ante la aparición de nuevas amenazas, como la viruela del mono, recientemente declarada emergencia de salud pública de importancia internacional por la OMS.² La aparición de estas crisis globales subraya la importancia de no subestimar las alertas epidemiológicas y de estar preparados para enfrentar futuras emergencias de manera más efectiva, a fin de minimizar pérdidas.

En este contexto, la presente edición de *Politai*, titulada *Los Retos de la Salud Pública en América Latina*, explora las complejidades y desafíos que enfrenta el sistema de salud en la región, un tema que, como hemos visto, ha adquirido una relevancia crítica en los últimos años. Los artículos incluidos en este número ofrecen un análisis profundo de las problemáticas que afectan la salud pública, abarcando desde la atención a poblaciones vulnerables hasta la gestión de crisis sanitarias a nivel nacional.

La revista inicia con el análisis titulado *Aprendizaje de políticas y COVID-19: La experiencia de vacunación en países latinoamericanos*, que ofrece una visión sobre cómo los países de la región han aprendido y adaptado sus políticas de salud pública durante la pandemia. Este artículo resalta la importancia de la cooperación internacional y de la capacidad de respuesta rápida ante emergencias sanitarias, subrayando las lecciones que podrían fortalecer los sistemas de salud en el futuro.

¹ Naciones Unidas. (2020). *El impacto del COVID-19 en América Latina y el Caribe*. Recuperado de <https://comunidades.cepal.org/desarrollosocial/sites/desarrollosocial/files/2020-08/El%20impacto%20del%20COVID-19%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe.pdf>

² BBC News. (2024). *La OMS declara una emergencia sanitaria internacional por brote de mpxv*. Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/articulos/cn02j97pd2qo>

Los retos de la salud pública en América Latina

Seguidamente, se exploran dos realidades internacionales. El primero es un artículo sobre los servicios de salud mental para la población en movilidad en México, que destaca las carencias del sistema de salud en la atención a migrantes y revela cómo las limitaciones estructurales y financieras del sector público han obligado a las organizaciones de la sociedad civil a asumir roles que deberían ser responsabilidad del Estado. Este estudio pone de manifiesto la urgente necesidad de políticas públicas más sólidas y mejor financiadas.

En un contexto diferente, el estudio sobre alianzas socio-técnicas y políticas de medicamentos nos invita a reflexionar sobre la crisis argentina de 2001 y cómo las políticas públicas de acceso a medicamentos durante ese periodo fueron moldeadas por complejas alianzas entre actores sociales, económicos y tecnológicos. Este análisis es crucial para comprender el funcionamiento de las políticas públicas en tiempos de crisis y cómo estas pueden mejorarse para servir a las poblaciones más vulnerables. Luego, en el plano nacional, el tema de la anemia infantil durante la pandemia de COVID-19 en Perú nos recuerda que las crisis sanitarias globales exacerbaban problemas preexistentes de salud pública. El artículo que analiza este fenómeno destaca la persistencia de la anemia infantil y cómo factores como la anemia materna y la presencia de enfermedades concomitantes, como fiebre y diarrea, siguen siendo determinantes críticos, incluso en contextos de pandemia.

Finalmente, el artículo que aborda la problemática del dengue en el Perú urbano y el análisis de la judicialización de los derechos reproductivos en Perú y Chile completan un panorama que subraya la necesidad de estrategias innovadoras y políticas públicas robustas para enfrentar los retos de salud pública en América Latina. Aunque diversos en su enfoque, estos trabajos convergen en la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, adaptándolos a las realidades socioeconómicas y culturales de cada contexto.

En conjunto, los artículos de este número de *Politai* ofrecen un análisis detallado y crítico que invita a los lectores a reflexionar sobre las políticas públicas de salud en América Latina y su capacidad para responder a los desafíos

Los retos de la salud pública en América Latina

actuales. La salud pública es un campo que demanda una constante evolución, y esta edición busca contribuir a un diálogo informado y constructivo que impulse mejoras significativas en la región.

Este trabajo ha sido llevado a cabo con gran dedicación por parte de todo el Equipo Editorial; esperamos de corazón que lo encuentren enriquecedor.

ARTÍCULOS

Los Retos de la Salud Pública en América Latina

- **Aprendizaje de políticas y COVID-19: La experiencia de vacunación en países latinoamericanos**
Diana Marcela Paz-Gómez
- **Servicios de salud mental para la población en movilidad. Las limitaciones del sector público, privado y de la sociedad civil en México**
Nayelhi Saavedra, Jorge Galván y Sarahí Alanís
- **Alianzas Socio-Técnicas y Políticas de Medicamentos: perspectivas desde la crisis Argentina del 2001**
Guillermo Santos
- **¿Promesa incumplida?: Prevalencia y factores determinantes de la anemia infantil durante la pandemia de COVID-19 en Perú**
Pamela Salazar
- **Estrategias para el control del dengue en las áreas urbanas de Lima: un estudio de incidencia en Lima Sur y Lima Norte**
Cristian Bocanegra y Paul Flores
- **La judicialización de los derechos reproductivos en perspectiva comparada: el Anticonceptivo Oral de Emergencia en Perú (2006-2009) y Chile (2007-2009)**
Hadaly Monzon, María José Marrou y Nicolás Silva

Aprendizaje de políticas y COVID-19: La experiencia de vacunación en países latinoamericanos

Policy learning and COVID-19: The vaccination experience in Latin American countries

Diana Marcela Paz-Gómez*

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) - Ecuador.

ORCID: [0000-0002-0253-1126](https://orcid.org/0000-0002-0253-1126)

Fecha de recepción: 1 de mayo del 2024

Fecha de aceptación: 3 de julio del 2024

ISSN: 2415-2498

Paz-Gómez, Diana (2024). «Aprendizaje de políticas y COVID-19: La experiencia de vacunación en países latinoamericanos». *Politai: Revista de Ciencia Política*, Año 15, N.º 24: pp. 17-39.

DOI: <https://doi.org/10.18800/politai.202401.001>

* Politóloga de la Universidad del Cauca en Colombia. Magister en Estudios Urbanos y candidata doctoral en Políticas Públicas por Flacso Ecuador. Su línea de investigación se centra en el análisis y diseño de políticas públicas relacionadas con la planificación y desarrollo urbano. Actualmente forma parte del grupo de investigación en políticas públicas y territorio del Departamento de Asuntos Públicos en Flacso Ecuador. Correo electrónico: dmpazfl@flacso.edu.ec

RESUMEN

Este artículo analiza los procesos de aprendizaje de política en la toma de decisiones, durante el proceso de vacunación contra la COVID-19, definido en dos fases: la compra de vacunas y las campañas de vacunación, en países de América Latina. Por una parte, se plantea que algunas de las estrategias implementadas son explicadas a través de mecanismos de difusión de políticas. Entre estos, se puede considerar la definición de grupos prioritarios de población o la implementación de las dosis a través de COVAX. Mientras que otras medidas, se derivan de las capacidades operativas creadas previamente por parte de los gobiernos, como el despliegue de campañas de vacunación móviles, transfronterizas o de sensibilización y de salud para atender contagios anteriores en la región. Metodológicamente, se propone una revisión descriptiva sobre la cadena de suministro de vacunas contra la COVID-19 a partir de información institucional. Además, se plantean reflexiones con respecto a la necesidad de los gobiernos por adquirir conocimientos a partir de experiencias propias o de otros, con la finalidad de fortalecer el sistema de salud en la región.

Palabras clave: *Aprendizaje de política, capacidades estatales, COVID-19, vacunas, América Latina.*

ABSTRACT

This article analyses policy learning processes in decision-making during the process of vaccination against COVID-19, defined in two phases: vaccine procurement and vaccination campaigns, in Latin American countries. On the one hand, it is argued that some of the strategies implemented are explained through policy diffusion mechanisms. Among these, we can consider the definition of priority population groups or the implementation of doses through COVAX. Other measures derive from the operational capacities previously created by governments, such as the deployment of mobile, cross-border or awareness-raising vaccination and health campaigns to address previous infections in the region. Methodologically, a descriptive review of the COVID-19 vaccine supply chain is proposed based on institutional information. In addition, reflections are made on the need for governments to acquire knowledge from their own or others' experiences to strengthen the health system in the region.

Keywords: *Policy learning, state capabilities, Covid-19, vaccines, Latin America.*

1. Introducción

La pandemia generada por la COVID-19 implicó grandes desafíos en la toma de decisiones a nivel global. Sin embargo, no todos los gobiernos respondieron a este problema complejo con las mismas capacidades y, por tanto, con la misma rapidez en la selección de instrumentos para contener la propagación del virus. Los países asiáticos tenían experiencia derivada de epidemias asociadas al SARS en 2003 y de la enfermedad del MERS en 2012 proveniente de Arabia Saudita (Coronaviridae Study Group, 2020). Aunque la COVID-19 presentó un nivel de contagio mayor, gobiernos como el de China, Corea del Sur o Singapur habían enfrentado anteriormente crisis en la salud pública asociada a la familia del coronavirus con el MERS-CoV (Paz-Gómez & Santelices, 2020), lo que permitió una detección temprana del virus e implementar medidas como aislamiento de pacientes contagiados, construcción de infraestructura hospitalaria y toma de muestras (Capano, 2020). Por su parte, países de África central habían experimentado las complicaciones de la propagación del ébola o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/Sida), lo cual creó una experiencia alrededor del despliegue de instrumentos asociados a la contención.

Estados Unidos y Canadá, por ejemplo, ya habían enfrentado la influenza A H1N1 y el SARS-Cov-1 (Castañeda Guillot et al., 2021; Migone, 2020), lo que permitió que los sistemas de salud estuvieran preparados ante la llegada de casos masivos a urgencias médicas. Sin embargo, la experiencia de América Latina fue asimétrica. Por un lado, los países de la región andina tenían una experiencia adquirida en la gestión de salud debido a enfermedades inmunoprevenibles y tropicales como viruela, malaria, dengue, leishmaniasis, changas y sarampión (OPS & OMS, 2022b). La Amazonía por ejemplo, había significado grandes desafíos para países como Brasil, Colombia y Perú en torno a fortalecer la cobertura de los sistemas de inmunización en compañía de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Esto llevó a la institucionalización de la Semana de Vacunación en las Américas (SVA), que en 2024 tuvo su 220 edición y al fortalecimiento del programa especial de inmunización integral de la OPS (OPS & OMS, 2024c), enfocados en la vacunación contra el sarampión, rubéola y cáncer cervical (OPS & OMS, 2022b). Sin embargo, América Latina no había experimentado una epidemia similar relacionada con afectaciones respiratorias.

Bajo este contexto, en la región se presenta el primer caso de COVID-19 el 26 de febrero del 2020 en Brasil. El 29 del mismo mes, Ecuador confirma su primer caso de contagio. Para ese momento, Asia y Europa ya experimentaban altos niveles de contagio, permitiendo ello actuar alrededor de las estrategias ya implementadas en países como Italia, España y China. Sin embargo, la débil institucionalidad de los sistemas de salud no logró contener la expansión del virus, al punto de que logró permear las fronteras y expandirse por Argentina, Chile, Colombia, Uruguay, México y el resto de la región. Una de las primeras medidas para algunos países fue la de decretar estados de emergencia sanitaria, que permitieron el aislamiento, la cuarentena, el distanciamiento social, limitación a la libre circulación, toques de queda, ley seca, cierre de establecimientos y espacios públicos y la promoción del lavado de manos. Ante estas medidas, los gobiernos de la región comenzaron a implementar estrategias de apoyo económico como transferencias monetarias no condicionadas, donaciones, protección a las mujeres ante violencia de género, estrategias educativas a distancia; y a la par, medidas de salud sobre la aplicación de pruebas gratuitas, coberturas de salud, mecanismos de seguridad laboral y cierre de fronteras (CEPAL, 2023).

Mientras los gobiernos atendían la emergencia, la industria farmacéutica comenzaba los primeros ensayos clínicos de las vacunas. Estos se basaron, principalmente, en la experiencia adquirida con los estudios del SARS-CoV y el MERS-Cov. Para este momento, las investigaciones consideraban los síntomas que hasta el momento seguían apareciendo en diferentes grupos poblacionales; además de los primeros efectos producto de la enfermedad y resultados de pruebas de anticuerpos (Saleh et al., 2021). Bajo el contexto de crisis de salud, pero también económica y social, la Administración de Alimentos y Medicamen-

tos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) aprueba las primeras vacunas de ARNm de los laboratorios Pfizer-BioNTech y Moderna. Las investigaciones mostraron una eficacia y seguridad tras las pruebas de aplicación. Para el 2021, la FDA aprueba el uso de la vacuna de Janssen de Johnson & Johnson y la aplicación de la vacuna Pfizer para niños de 5 a 15 años. Y para el 2023, es aprobada la vacuna Novavax con adyuvante de tipo monovalente, actualizada para combatir el pico del linaje de la variante ómicron. Las vacunas aprobadas y disponibles en el mercado son las siguientes:

Tabla 1.
Tipo de vacuna y características

Tipo de vacuna contra la COVID-19	Características	Vacuna comercial/Laboratorio
Vacuna de ARN mensajero (ARNm)	Esta vacuna le envía instrucciones a las células para producir proteína de la espícula que se encuentra en la superficie del virus. Así, las células comienzan a producir las partes de la proteína de la espícula y con ello, el organismo produce anticuerpos. Al momento de infectarse con la COVID-19, los anticuerpos combaten el virus.	Pfizer-BioNTech Moderna
Vacuna de vector viral	Con este modo, la vacuna coloca una versión modificada del virus de la COVID-19 (vector viral) brindando a las células información para crear copias de la proteína de la espícula de la COVID-19; a través de esto, el sistema inmunitario responde con la creación de anticuerpos y glóbulos blancos.	Janssen de Johnson & Johnson AstraZeneca y la Universidad de Oxford Sputnik V
Vacuna de subunidades proteicas	Esta vacuna incluye partes del virus de la COVID-19 que estimulan el sistema inmunitario. Cuando este reconoce las proteínas de la espícula, se crean anticuerpos y glóbulos blancos.	Novavax
Virus inactivado	La vacuna emplea partículas del virus SARS-CoV-2 que ha sido inactivado con el fin de inducir una respuesta del sistema inmunitario, que al enfrentarse con el contagio crea anticuerpos.	Sinovac-BioTech Sinopharm Covaxin de Bharat Biotech
Vectores virales: Adenovirus	Utiliza adenovirus de chimpancé como vector para entregar material genético que codifica la proteína del pico del virus SARS-CoV-2 a las células del cuerpo. Una vez en el cuerpo, incentiva a las células a que produzcan la proteína de pico, desencadenando una respuesta inmune al virus.	CanSino de CanSino Biologics y el Instituto de Biotecnología de Beijing.

Fuente: con base en (Mayoclinic, 2021; OPS, 2021a; Sputnik V, 2021)

Durante la fase de desarrollo de las vacunas y pruebas para aprobación de la FDA, algunos países de la región comenzaron a generar convenios con el objetivo de lograr garantizar la inmunización de su población en el momento que iniciara la fase de compra de vacunas. En algunos casos, se ofrecieron apoyos por parte de los centros de investigación de universidades para testear los síntomas o efectividad de las vacunas. Chile, por ejemplo, se caracterizó por una alta capacidad de negociación en la fase de pruebas, lo que le permitió garantizar mayor competencia durante la compra de millones de dosis con las principales industrias fabricantes versus otros países de la región. Ello, en consecuencia, se reflejó en la rapidez de la implementación de las campañas de vacunación; siendo así el país con mayor cobertura en América Latina e, incluso, de algunos países en Europa. Adicional, la capacidad operativa ya creada en Chile desde 2019, con el despliegue de las campañas de vacunación contra el virus del papiloma humano, permitió que para diciembre del 2020 Chile comenzara las campañas de vacunación, tanto que a principios de marzo del 2021 ya contaba con un 20% de la población inmunizada.

Sin embargo, no todos los países contaban con capacidades de negociación instaladas para la compra de vacunas, además de enfrentarse a problemas de recursos y financiamiento. Aunque, en su mayoría, países de la región ya tenían consolidadas capacidades operativas que permitieron el despliegue de campañas de vacunación. Ante estas brechas, la Organización Mundial de la Salud activa el acelerador ACT (en la fase de compra) cuyo objetivo fue permitir un acceso equitativo a las vacunas contra la COVID-19 con el pilar COVAX (OMS, 2020a).

Bajo este contexto, este artículo plantea analizar los procesos de aprendizaje que se definen a partir de la transferencia de políticas (*policy transfer*), de la difusión de las políticas (*policy diffusion*) y la construcción de capacidades analíticas, operativas y políticas (*policy capacity*) utilizados por los gobiernos de la región para lograr la inmunidad de rebaño. Esto a partir de dos momentos comprendidos de manera causal. El primero, durante la compra de vacunas que se asocia a capacidades de negociación y la transferencia de políticas. El segundo, a la puesta en marcha de las campañas de vacunación vinculadas a las capacidades operativas, analíticas y la difusión de políticas. A partir de esto, se plantea responder a la pregunta ¿De qué manera los procesos de aprendizaje de políticas explican el éxito en el despliegue y la implementación de las campañas de vacunación contra la Covid-19 en países de América Latina?. El debate gira en tres momentos. El primero presenta un debate teórico-metodológico alrededor del aprendizaje de políticas y las dimensiones que explican este proceso causal, en conjunto con las capacidades de política en sus tres dimensiones. El segundo identifica la pandemia por la COVID-19, caracterizado como un problema de política malvado. El tercero caracteriza las respuestas en torno a las campañas de vacunación en torno a las dimensiones del aprendizaje. Con todo ello se plantean unas conclusiones de cara a una agenda de investigación en torno a la toma de decisiones en la región.

2. Metodología

Metodológicamente, se parte de un debate causal del diseño de políticas públicas. Este considera al aprendizaje como una dimensión del proceso de toma de decisiones o de las políticas públicas (Howlett & Mukherjee, 2014) que busca a su vez, explicar un resultado (falla o efectividad) de estas. Para ello, se identifican unas capacidades operativas, analíticas y políticas a partir de la propuesta del modelo anidado desarrollado por Wu et al. (2018), que se clasifican entre fuerte, débil y no preparada (Capano, 2020). Las técnicas de recolección de datos utilizadas incluyen revisión de información secundaria, datos institucionales en torno a las bases de datos oficiales del Observatorio COVID-19 en América Latina y el Caribe de la CEPAL, la Organización Panamericana de la Salud, y las instituciones nacionales de salud.

3. Marco teórico: El aprendizaje de políticas y las capacidades del Estado

El aprendizaje de políticas no es un debate reciente. Las ciencias de políticas planteadas por Lasswell (1942) ya consideraban esta categoría como un mecanismo para retroalimentar la toma de decisiones y mejorar los resultados de las políticas. El aprendizaje fue entonces definido, como una forma de recopilar y procesar información relevante para el proceso de diseño de políticas, o para una etapa de formulación de soluciones (Deutsch, 1963). Dentro de ese mismo debate, Hecló (1976) incorporó la noción de incertidumbre al momento de formular políticas públicas, lo que condiciona los factores para hacer uso de los procesos de aprendizaje de otros gobiernos o el mismo (Goyal & Howlett, 2019).

Recientemente, los debates de políticas públicas han retomado la idea del aprendizaje de políticas como una forma de disminuir las fallas en el diseño (Leong & Howlett, 2022). Esto a partir de extraer experiencias exitosas de otros casos, y adaptarlas a los contextos propios de la gobernanza (Goyal & Howlett, 2018). Esto no sólo implica copiar una idea o solución implementada en otro escenario, sino también fortalecer los canales institucionales que propician esa respuesta gubernamental. Ello siempre y cuando el aprendizaje está anclado a las capacidades de política que tengan los gobiernos para diseñar una política pública, lo que lleva a considerar quién aprende, cómo aprende y con qué propósito lo hace (Bennett & Howlett, 1992).

En tanto, el aprendizaje se materializa principalmente con quienes toman las decisiones, derivado del conocimiento científico o social que se hace relevante en la formulación de soluciones. El aprendizaje está vinculado a la racionalidad de los actores. Por un lado, no todo proceso de diseño de políticas incorpora este mecanismo para la mejora de sus resultados, puesto que no todos los tomadores de decisiones están dispuestos a asumir costes políticos de algunas soluciones. Por otro lado, los actores basarán sus elecciones en torno a resultados positivos en otros contextos con el fin de lograr los objetivos propuestos en las políticas (Leong & Howlett, 2022) o motivados por intereses maliciosos (Legrand, 2018). Además, el aprendizaje está relacionado con los objetivos que no se han alcanzado, pero también con aquellos instrumentos desplegados por parte de otros gobiernos y que resultan positivos; en la medida que los tomadores de decisiones carezcan de experiencia en un problema de política.

El aprendizaje de política se activa generalmente, tras el fracaso de una política (McConnell, 2010). Sin embargo, también se puede dar en los casos donde un gobierno deba enfrentar problemas malvados (McConnell, 2016; Peters, 2018). Este tipo de problemas se define a partir de la visibilidad o interés colectivo, de una agenda global o de una urgencia. Por ejemplo, los problemas de seguridad, la pandemia por COVID-19 o el cambio climático, respectivamente, pueden significar altos niveles de visibilidad, desconocimiento de la naturaleza del problema o de las posibles soluciones; en tanto, se plantean al menos cuatro tipologías de problema (ver tabla 2), lo que puede significar que un problema mal definido conlleve a un despliegue equivocado de los instrumentos (Virani & Ramesh, 2019).

Tabla 2.
Tipología de problemas domésticos y malvados

		Naturaleza del conocimiento del problema	
		Conocido/bien definido y comprendido	Desconocido/no definido
Naturaleza del conocimiento de la solución	Conocido/bien definido y comprendido	Bien estructurado (problema doméstico) Ej. Control del tráfico automotor/ carreras callejeras	Problema mal estructurado Ej.: control del tabaco/adicción
	Desconocido/no definido	Soluciones mal estructuradas Ej. Personas sin hogar	Débilmente estructurado (problema malvado-super malvado) Ej. Pandemia por Covid-19

Fuente: Adaptado a partir de (Howlett, 2019, 18)

En algunos casos, los tomadores de decisiones se enfrentan a los altos niveles de incertidumbre que puede afectar la selección de instrumentos y la calibración en las capacidades del gobierno (Howlett, 2019). Ante este escenario, los diseñadores de políticas pueden comprender o no la naturaleza y extensión del problema, lo que puede activar la aplicación de aprendizajes de políticas exitosas de cara a cumplir los objetivos propuestos. El problema bien estructurado es aquel en el que los tomadores de decisiones tienen una buena comprensión de la solución y del problema. El problema mal estructurado por su parte, plantea un desconocimiento del problema o cuando este no es definido dentro de un enfoque acorde con sus impactos. Por su parte el problema malvado o super malvado, se constituye en el peor escenario al que se puede enfrentar el diseñador. *El wicked problems* se refiere a una cuestión resistente a ser solucionado (Rittel & Webber, 1973), y que desborda las capacidades de los gobiernos (Brugué et al., 2015) debido a su multidimensionalidad. Esto resulta en una primera aproximación al aprendizaje de políticas con el fin de que el diseñador tenga conocimiento sobre las posibles soluciones y la forma de enfrentar un problema malvado. Por ejemplo, en la pandemia por COVID-19 los gobiernos se enfrentaron a un problema de salud complejo, el cual abordó múltiples variables entre económicas, sociales, políticas o culturales. La pandemia, además, requirió dar respuestas inmediatas a las necesidades de salud, en el que las bajas capacidades de los gobiernos jugaron un rol relevante en la definición de soluciones, que principalmente se basaron en la incertidumbre y en las percepciones de diferentes coaliciones de actores o tomadores de decisión.

Bajo contextos de alta incertidumbre y problemas malvados o súper malvados, el aprendizaje de políticas puede ser implementado por medio de la difusión de políticas o por la transferencia de política. La primera dimensión responde a la aplicación de soluciones que resultaron exitosas en otros contextos (Goyal & Howlett, 2018; Lee et al., 2020). Mientras que la segunda, hace referencia al proceso en el que el conocimiento se utiliza en el desarrollo de políticas en un momento y lugar determinado (Marsden & Stead, 2011). Pero además, el aprendizaje puede comprender las capacidades previas creadas por parte de los gobiernos, que permiten enfrentar escenarios similares y tener mayor conocimiento ante problemas malvados o super malvados.

3.1. Modelo anidado de capacidades de política

Ante problemas malvados o súper malvados, los gobiernos requieren de habilidades para responder a las complejidades del contexto. Las capacidades de política son aquellas aptitudes y competencias (Howlett et al., 2015) que permiten tomar decisiones deliberadas en los procesos de diseño (Bali & Ramesh, 2018). En tanto, las capacidades se consideran una condición necesaria para cumplir con los objetivos de las políticas, mientras que las bajas capacidades se asocian a resultados no óptimos (Wu et al., 2018). Las capacidades se asocian con experiencia de la burocracia y de las instituciones, que llevan a decisiones inteligentes a la hora de responder a escenarios inmediatos (Painter & Pierre, 2005).

Las capacidades se agrupan en tres aptitudes y competencias: analítica, política y operacional. La capacidad analítica hace referencia a los conocimientos de la burocracia o de expertos que participan en el gobierno, que permite la búsqueda de soluciones y alternativas ante un problema. La capacidad política se refiere a las habilidades de negociación y conciliación institucionales, económicas o sociales que caracterizan a las instituciones del gobierno para seleccionar las mejores soluciones. Finalmente las capacidades operativas se relacionan con el manejo eficiente de los recursos (infraestructura, disposición de personal) que tiene un gobierno para lograr los objetivos (ver tabla 3).

Tabla 3.
Tareas del diseño de políticas con base en las capacidades

Analítica	Conceptualizar el problema en sus elementos constitutivos
	Generar evidencia de las causas fundamentales e identificar opciones plausibles para abordarlas
	Usar la evidencia y la información para tomar decisiones, usar los instrumentos, calibrar y ajustar los diseños
Operacional	Preparar y ejecutar un plan, garantizar que se cumplan los requisitos previos para el empleo de instrumentos
	Disponer del personal y recursos financieros y coordinar las actividades de ejecución
	Establecer mecanismos de rendición de cuentas y gobernanza
Política	Negociar y conciliar los intereses y la oposición de los stakeholders
	Comunicar el diseño y su propósito a los stakeholders y asegurar apoyo
	Navegar en el diseño a través del proceso político

Fuente: (Bali & Ramesh, 2018, 337)

La comprensión de las capacidades está vinculada con la selección adecuada de instrumentos. En tanto, estos deben estar ajustados al contexto que enfrenta y a las competencias que tenga el gobierno (Mukherjee & Bali, 2018), siendo las capacidades el engranaje en el proceso de las políticas y un punto esencial en el aprendizaje. Una buena selección de instrumentos se vincula a la habilidad de estos para lograr los objetivos, pero también dependerá de las capacidades instaladas o la habilidad de crear capacidades para que el instrumento sea implementado de forma correcta.

Tabla 4.
Dimensiones y consideraciones para un diseño efectivo

Dimensión	Consideraciones instrumentales	Consideraciones de capacidad del diseño
Analítica	¿Son los instrumentos capaces de resolver el problema?	¿Sabe la agencia qué instrumento utilizar? ¿Puede la agencia calibrar y usar el instrumento de política?
Política	¿Es socialmente aceptado el instrumento/políticamente viable su uso?	¿La agencia cuenta con legitimidad/habilidad para conciliar diferencias políticas o tratar con la oposición política?
Operacional	¿Es el instrumento operacionalmente factible?	¿La agencia cuenta con mecanismos de accountability, mecanismos de coordinación y burocracia capacitada?

Fuente: (Mukherjee & Bali, 2018, 361)

En tanto, las capacidades vinculadas a los instrumentos son condiciones suficientes para activar un proceso de aprendizaje en la toma de decisiones. Esto considera que en la medida que exista una experiencia que fortalezca dimensiones analíticas, políticas y operacionales previamente a un problema malvado o complejo, los gobiernos tendrán más habilidad para maniobrar la toma de decisiones y lograr efectos positivos en caso de urgencia.

4. Resultados

4.1. Problema super malvado: Pandemia COVID-19 y su fase de vacunación

El problema malvado o super malvado se caracteriza por el desconocimiento tanto de la naturaleza del problema como de las soluciones. La pandemia por COVID-19 comienza en 2019, cuando las autoridades sanitarias de Wuhan alertaron de la presencia de una nueva enfermedad respiratoria que causaba neumonía severa y muerte (González-Melado & Di Pietro, 2021). El virus no logró ser contenido a pesar de las primeras estrategias implementadas en China, por lo que para enero del 2020 se presentaron los primeros casos en Tailandia (OMS, 2020b). A finales de enero el contagio ya había llegado a Estados Unidos, y en febrero a América Latina. Para ese momento, las primeras evaluaciones identificaron que la transmisión se daba por contacto directo e indirecto con personas contagiadas, que la enfermedad presentaba o no síntomas y que el virus se esparcía en el aire (OMS, 2020c).

A mediados de año, la región presentaba el mayor número de casos confirmados a nivel mundial. Las primeras medidas adoptadas por la OMS se enfocaron en un Plan Estratégico de Preparación y Respuesta para fortalecer las capacidades de los sistemas de salud a nivel mundial. En esto participaron expertos de Alemania, Canadá, Estados Unidos, Japón, Corea del Sur, Rusia y Singapur. Las primeras medidas para enfrentar el contagio se basaron en la experiencia de países asiáticos en torno al confinamiento, el cierre de establecimientos públicos y medidas de salud como el lavado de manos. En meses posteriores, las medidas a nivel regional incluyeron arreglos a la política fiscal, monetaria, empresarial, estímulos económicos y alivio a la deuda. En este contexto, los gobiernos se enfrentaron a la necesidad de reapertura económica con el fin de disminuir el impacto negativo de la pandemia. Ante esto y también ante la necesidad de la reactivación económica y disminución de contagios y muertes por COVID-19, los gobiernos comenzaron a gestionar las vacunas como una medida de contención.

En este sentido, la fase de compra de vacunas previo a la implementación de las campañas de inmunización significó el primer momento que marcó el éxito o fracaso de la inmunidad de rebaño. Uruguay, por ejemplo, demoró en el despliegue de las campañas de vacunación, derivado de la fase de compra. Para el 2021 el presidente Lacalle Pou anunció la compra de tres millones de dosis Pfizer a través del mecanismo COVAX y gestionó acuerdos con la vacuna China Sinovac. Cuba, por su parte, dedicó sus esfuerzos al desarrollo de una vacuna contra la COVID-19; considerando su incapacidad política, dada las restricciones y sanciones por parte de Estados Unidos, para negociar con compañías extranjeras. Fue así, como Cuba produjo las dosis de la vacuna Soberana 02, llegando en 2021 a 100 millones de dosis para 11 millones de habitantes. Para 2023, Chile se consolidó como el país con el mayor porcentaje de inmunización de su población, seguido de Cuba, Perú y Brasil (ver gráfico 1).

Pero, ¿cómo los países lograron esta inmunización? Los resultados tienden a ser dispares en toda la región. Sin embargo, las explicaciones pueden estar dadas por los procesos de aprendizaje por difusión, transferencia o las capacidades instaladas de algunos gobiernos en campañas de vacunación.

Gráfico 1.
Porcentaje de población con vacuna completa



Fuente: elaboración propia con base en (CEPAL, 2023)

4.2. Aprendizaje por transferencia: el mecanismo COVAX en la compra de vacunas

El mecanismo de acceso mundial a la vacuna contra la COVID-19 COVAX (*Covid-19 Vaccines Global Access*), surge con la necesidad de distribuir equitativamente las vacunas contra la COVID-19 y asegurar el acceso a nivel mundial. En marzo del 2020, se da inicio al trabajo de financiación de emergencia a los países y para junio se lanza el compromiso anticipado de mercado COVAX priorizando 92 países de renta nacional baja per cápita inferior a 4000 USD (Yoo et al., 2022). De ese grupo, 10 países latinoamericanos formaron parte. Para septiembre, COVAX había recibido solicitudes de 156 países, lo que incentivó a una firma de acuerdos de suministro adicional (OPS, 2022).

Esta decisión se basó en acuerdos y negociaciones a nivel internacional, con sectores del gobierno, organizaciones mundiales de salud, fabricantes, academia, sector privado y sociedad civil (OMS, 2020a). Dicha decisión formó parte de los tres pilares del Acelerador de Acceso a las Herramientas COVID-19 (ACT). El ACT se orientaba a proporcionar acceso a diagnósticos, tratamientos y vacunas bajo los principios de equidad y accesibilidad. Bajo este modelo, el mecanismo COVAX se centró en la adquisición de vacunas para países cuyos gobiernos presentaban bajas capacidades de entrar a los procesos de negociación con el mercado. A esta iniciativa, se unieron los países con mayor desarrollo e investigaciones como Estados Unidos, Reino Unido y Alemania, al igual que la Coalición para las Innovaciones en la Preparación de las Epidemias (CEPI), Gavi, la Alianza para las Vacunas, la OPS, la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) que logró gestionar alrededor de dos mil millones de dosis para distribuir en 190 países (Tatar et al., 2021).

Para enero del 2021, las primeras dosis de COVAX se enviaron a India. Mientras tanto, en América Latina la gestión de vacunas se realizó a través del Fondo Rotatorio de la OPS, definido como el encargado de hacer las negociaciones, compras y envíos a 36 países par-

ticipantes. Para los primeros meses, COVAX entregó 728 mil vacunas a 5 países de la región (OPS, 2021b). Las primeras 117.000 dosis llegan a Colombia en febrero de este mismo año. Estas dosis se enfocaron en la iniciativa piloto denominada “Primera Ola”, en donde algunos países recibieron la vacuna Pfizer/BioNTech como parte de la cuota total asignada; posteriormente se asignaron vacunas de AstraZeneca/Oxford. Bajo este mecanismo, Colombia se caracterizó por la negociación y acuerdos bilaterales, los cuales permitieron iniciar con las campañas de vacunación el 17 de febrero (OPS & OMS, 2021). Bajo este piloto, Perú, El Salvador y Bolivia recibieron las siguientes dosis de vacuna Pfizer/BioNTech, logrando así cumplir la meta de cobertura entre 2,2 y el 2,6% de la población en la región. Mientras que Guatemala, Honduras y Jamaica continuaron con el envío de vacunas en los siguientes meses. Para marzo, 12 millones de dosis se enviaron a 29 países en África (The Lancet, 2021). Para junio, COVAX firma un acuerdo con 5 fabricantes y recauda financiación adicional, en donde el G7 se compromete a atender estos esfuerzos.

Con la aprobación de la vacuna Johnson & Johnson, el mecanismo COVAX aseguró cerca de 100 millones de dosis para el 2021 y 500 millones para 2022 (OPS, 2021b). Para 2022 se registraron más de 406 millones de dosis de vacunas a más de 144 países, en donde el 28% de las dosis fueron enviadas a países africanos; aunque el desafío en África subsahariana sigue siendo alto en comparación con países de renta media y alta (Grenfell & Oyeyemi, 2023).

El COVAX apuntó a enfrentar el tema de desigualdad alrededor del acceso a las vacunas. Esta iniciativa ya había formado parte de otras luchas contra la erradicación de enfermedades transmisibles. Este mecanismo basado en una gobernanza multinivel reúne capacidades financieras, jurídicas y operacionales de actores de mercado y organizaciones mundiales que aportaron a la toma de decisiones por parte de los gobiernos a nivel nacional (von Bogdandy & Villarreal, 2020).

Del mecanismo COVAX se registraron 1,8 mil millones de dosis, logrando un 50% de suministro a países de renta baja, en donde 87 economías de bajos ingresos recibieron dosis, y se estima que al menos 2,7 millones de muertes fueron evitadas (GAVI, 2021). A partir de estas iniciativas, en el 2023 la Junta Directiva del Fondo para pandemias aprueba un financiamiento de USD 300 millones para países en vía de desarrollo para el fortalecimiento de sistemas de alerta temprana, vigilancia integral de enfermedades y capacidad de personal para atender el COVID-19 y futuras pandemias. Su objetivo apunta a la atracción de proyectos de alto impacto, catalización de financiamiento para la prevención, preparación y respuesta, y la promoción de la cooperación y coordinación .

4.3. Aprendizaje por capacidades instaladas: negociación e implementación de campañas

Con la fabricación de las vacunas, los gobiernos comenzaron a desplegar estrategias de compra; aunque algunos hicieron parte del desarrollo en conjunto con los actores privados y académicos. A Chile se le atribuye como estrategia principal las negociaciones con preacuerdos para asegurar millones de dosis con las principales industrias productoras de las vacunas como AstraZeneca, Moderna, Pfizer y Sinovac. En este sentido, destinó un presupuesto inicial de 200 millones de dólares con proyecciones hasta los 300 millones de USD para la compra de vacunas. Pero, además, se destacó su capacidad de coordinación entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación y la Subsecretaría de Relaciones Económicas de la Cancillería (BBC, 2021); además de incorporar a la academia en estudios y pruebas de los laboratorios.

Sin embargo, no todos los países contaron con estas articulaciones, en tanto la preocupación principal fue la del acceso y la equidad en las vacunas para aquellos países de menores ingresos. Para ello, se gestionaron mecanismos como COVAX que buscaba garantizar que los países con bajas capacidades lograran acceder a las dosis. Sin embargo, otro de los puntos importantes para el logro de una alta cobertura de inmunización se asoció a las capacidades instaladas tanto políticas como operativas de los gobiernos en la región.

Chile por ejemplo, se caracterizó por tener un alto porcentaje de población completamente inmunizada. Para junio del 2023, el país contaba con el 90,71% de población con el esquema de dosis completa; mientras que Bolivia tan solo llegó al 50%. Otros países de la región que lograron estar sobre el 80% fueron Uruguay, Perú, Argentina, y Costa Rica. En general, el número de dosis aplicadas en la región osciló entre el 70 y el 85% (la tabla 4 presenta los porcentajes de población con esquema completo de vacunación).

Tabla 5.
Total de vacunas administradas a 2023

	Porcentajes de la población con esquema completo de vacunación contra COVID-19	Total Muertes	Total Casos
Costa Rica	81,69	9.245	1.209.725
México	64,6	333.188	7.483.444
Chile	90,71	64.273	5.192.286
Ecuador	79,16	36.014	1.057.121
Argentina	83,53	130.472	10.044.957
Perú	83,83	219.539	4.487.553
Bolivia	51	22.365	1.194.277
Colombia	71,18	142.339	6.359.093
Paraguay	52,42	19.878	808.401
Uruguay	84,46	7.617	1.034.303
Brasil	80,4	699.310	37.085.675

Fuente: elaboración propia a partir de (CEPAL, 2023)

En Chile, la meta del gobierno fue lograr la inmunización del 80% de su población mediante la implementación del Plan de vacunación. La primera fase priorizó a trabajadores de la salud, transporte y personal militar (CEPAL, 2022). Para ello, crearon el Comité de Vacunas, instrumento que luego se priorizó en otros países de la región (difusión de políticas). Este Comité tenía el rol de evaluar las mejores estrategias y negociar la compra. Tanto así que para diciembre del 2020, el gobierno había logrado la primera adquisición de la vacuna Pfizer-BioNTech y en enero del 2021 ya contaba con el arribo de Sinovac y AstraZeneca.

México por su parte, también comenzó el proceso de compra desde octubre del 2020. Además se incorporó al mecanismo COVAX logrando así tener acceso a 198 millones de dosis de AstraZeneca, Pfizer y CanSino. Para diciembre del 2020, comenzaron a llegar las primeras dosis de Pfizer-BioNTech; sin embargo, el segundo paquete de dosis llegó a finales de febrero con Sinovac y AstraZeneca (CEPAL, 2022). Colombia por su parte, pre-

sentó una estrategia similar mediante mecanismos bilaterales y multilaterales, alcanzando en promedio 70 millones de dosis, de las cuales 51.5 se recibieron mediante el mecanismo COVAX; además de negociar contratos con grandes farmacéuticas como Pfizer (10 millones de vacunas), AstraZeneca (10 millones de vacunas) Johnson & Johnson (9 millones de vacunas), Moderna (10 millones de vacunas) y Sinovac (7.5 millones de vacunas). Países de la región como Costa Rica y México contaron con capacidades operativas instaladas a partir de campañas de vacunación anteriores. Costa Rica, por ejemplo, fue parte de la fundación de la OPS y miembro desde 1947 y desde 1963, se abre una oficina permanente en el país, que permitió trabajar y coordinar estrategias claves para el mejoramiento de la calidad de la salud de la población.

Ecuador por su parte, hace parte de la OPS desde 1951, la cual ha permitido generar procesos de cooperación técnica, fortalecer instituciones del sector salud y la aplicación del enfoque transversal de género e interculturalidad. Además, se ha fortalecido con la implementación de estrategias propias de la región andina. En el contexto de la Amazonía, países como Colombia, Brasil y Perú también han generado estrategias transnacionales de implementación de campañas de vacunación que permitieron la cobertura en zonas alejadas de los países. La tabla 6, define las capacidades operativas y políticas a partir de la clasificación propuesta por Capano (2020). Se definen como “fuerte” en torno a aquellas capacidades instaladas para la implementación de campañas de vacunación, “débiles” cuando las campañas se realizan en contextos de debilidad institucional, y “no preparada” para aquellos contextos con bajos niveles de aplicación de campañas. Lo mismo para las capacidades políticas en torno a negociación y habilidades de los gobiernos para el logro de convenios y contratos para la compra de vacunas.

Tabla 6.
Capacidades de política en América Latina

País	Capacidad operacional (capacidades instaladas campañas vacunación)	Capacidades Políticas (negociación en la compra de vacunas/ apoyo mecanismo COVAX)	Nivel de efectividad/falla
Costa Rica	Fuerte	Fuerte	81,69
México	Fuerte	Débil	64,6
Chile	Fuerte	Fuerte	90,71
Ecuador	Débil	No preparada	79,16
Argentina	Débil	No preparada	83,53
Perú	Fuerte	No preparada	83,83
Bolivia	Débil	Débil	51
Colombia	No preparada	Fuerte	71,18
Paraguay	Débil	Débil	52,42
Uruguay	Fuerte	No preparada	84,46
Brasil	Fuerte	Fuerte	80,4

Fuente: elaboración propia

4.4. Aprendizaje por difusión y capacidades operativas: Innovaciones en Inmunización

Los países latinoamericanos mediante la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS, han generado un modelo que plasma iniciativas exitosas para crear capacidades en torno a campañas de vacunación. Los modelos se derivan de experiencias enfocadas en la vacunación de niñas y niños; sin embargo, estos mecanismos han sido relevantes en el despliegue de campañas de inmunización contra la COVID-19. Al igual que México y Guatemala, los países andinos, por ejemplo, han venido implementando la estrategia de vacunación transfronteriza. Esto ha garantizado la inmunización en comunidades con difícil acceso. La iniciativa colombiana sobre las campañas de vacunación en zonas ribereñas complementa esta estrategia. Cuba es de los países con mayor difusión de innovaciones en inmunización a nivel regional. La capacidad instalada ha permitido una cobertura y el despliegue de campañas puerta a puerta, similar a la estrategia planteada en Uruguay con la vacunación móvil (ver tabla 4).

Alrededor de estas estrategias, la OPS desde el 2002 viene desarrollando la Semana de Vacunación de las Américas (SVA). Esta nace a partir del brote de sarampión endémico ocurrido en la región, el cual conllevó a establecer un acuerdo entre los ministerios de salud de la subregión Andina para institucionalizar un mecanismo que incentivara la implementación de jornadas de vacunación, que en estos años ha logrado que alrededor de 1.000 millones de personas tengan vacunas con el objetivo de poner fin o prevenir brotes. Esta iniciativa de difusión busca el compromiso político de los gobiernos, la priorización de recursos en temas de inversión en investigación e implementación de campañas (OPS & OMS, 2024b). La SVA busca, además, impulsar la equidad y el acceso a servicios de salud y a la vacunación de toda la población, principalmente las ubicadas en zonas periféricas, rurales y fronterizas. Desde esta iniciativa, 40 países de las Américas se han incorporado para crear conciencia sobre la importancia de la inmunización (OPS & OMS, 2024a).

Otra de las iniciativas fue la instalación del Comité Andino de Inmunizaciones. Esta iniciativa está a cargo del Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) en conjunto con los Ministerios de Salud de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela. El objetivo de este Comité fue la de articular y compartir experiencias propias del contexto andino en la implementación de los sistemas de inmunización; además de promover estrategias de comunicación entre países. Aunque formalmente comienza a funcionar en 2022, la Secretaría del ORAS-CONHU comenzó los diálogos entre gobiernos desde el 2020, de cara a la implementación de las campañas de vacunación contra la COVID-19 (ORAS-CONHU, 2022). A partir de esta caracterización, se establecen otras estrategias propias de la difusión de políticas en la región que permitieron un mayor despliegue de las campañas de vacunación contra la COVID-19 en la región:

Tabla 7.
Aprendizaje por difusión: Innovaciones en vacunación en la región

País	Iniciativa	Características
Argentina	Efecto mariposa: vacunación de personas en situación de calle con enfoque comunitario	Esta iniciativa está a cargo del Ministerio de Salud. El objetivo fue identificar el riesgo en personas en situación de calle, garantizando su derecho a la vacunación.
	La Pampa: enfoque emocional en vacunación	Esta estrategia se enfocó en un grupo poblacional específico: los niños. Este proyecto estimula la vacunación en personas a través de muñecos de felpa "Monstruo de las emociones".

País	Iniciativa	Características
	Neuquén: Jornada de ESAVI/EVA-DIE	Este proyecto hizo parte del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 enfocado a la vigilancia epidemiológica.
Bahamas	<i>Bahamas vaccination campaign</i>	Se enfoca en la difusión de información sobre la efectividad de la vacunación en niñas, niños y adolescentes. Promueve la rutina de inmunizaciones a través de redes sociales y televisión local.
Belize	<i>Programme on immunization and vaccine preventable Disease Surveillance Workshop</i>	Este programa se enfoca en la salud materna y en niños. Mediante talleres, se discute la importancia de la vacunación para disminuir los indicadores nacionales asociados a enfermedades como el sarampión y la poliomielitis.
Brasil	<i>Arvorezinha: Vacinação com uma Dose de Amor</i>	Estas campañas están asociadas a la importancia de la vacunación en los primeros años de vida. Su objetivo es humanizar la vacunación mediante un método fácil que consiste en que los padres estén cerca de sus hijos. La vacunación se aplica durante la lactancia o la toma de biberón.
Chile	Farmacovigilancia activa y comunicación de riesgo en vacunas	Esta iniciativa está a cargo del Instituto de Salud Pública de Chile (ISP), que prioriza la capacitación al personal de la salud, promoviendo herramientas de información y beneficios de la inmunización.
Colombia	Vacunación en las riberas de los ríos del Putumayo	En conjunto con la OPS, y con apoyo del gobierno canadiense, esta iniciativa prioriza el acceso a vacunación de niñas y niños en zonas alejadas. Para ello, se han adquirido embarcaciones para facilitar el transporte fluvial de los equipos de vacunación, llegando así a los municipios más aislados en las zonas rurales.
Costa Rica	Hasta el último niño	Esta campaña se enfoca en asegurar la protección de los niños y niñas mediante la inmunización, pero a partir de una atención primaria (ATAP).
Cuba	Estrategia de vacunación	Con la vacuna de la COVID-19, se desplegó una estrategia de inmunización para niñas y niños mayores de 2 años. La iniciativa buscó la identificación de población pendiente de vacunación, la captación activa y pasiva a través de medios de comunicación y puntos de vacunación, vacunación casa por casa, coadministración de vacunas y vacunación escolar.
México	Vacunación Transfronteriza	Apunta a tratar enfermedades como poliovirus y sarampión, mediante actividades conjuntas de vacunación en lugares con un alto flujo de personas en situación de movilidad.
Uruguay	Vacunatorio móvil	Hace parte de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLAEP). Esta campaña se traslada a centros culturales, sociales, salones comunales y centros de atención primaria.

Fuente: con base en (OPS & OMS, 2022a)

5. Discusión

La comprensión sobre el éxito de las campañas de vacunación en algunos países de la región, puede realizarse a partir de los procesos de aprendizaje. En general, este proceso se puede dar por la difusión de políticas, por la transferencia, por las capacidades o por una mezcla entre cualquiera de estas. La COVID-19 se define como un problema super malvado. Este se vincula a una problema global que se enmarcó en una dimensión de salud, pero que en América Latina reflejó condiciones asociadas a lo económico y social que se agudizó en la pandemia. Además de eso, el contexto de incertidumbre en términos de la propagación del virus y sus consecuencias, complejizó la toma de decisiones por parte de los gobiernos nacionales y las recomendaciones de organismos internacionales.

Todo ello, en conjunto, llevó a la activación de diferentes mecanismos como COVAX, el Comité Andino de Inmunizaciones o el fortalecimiento de la Semana de Vacunación de las Américas, que garantizó la implementación de campañas de vacunación. No obstante, este proceso fue conjunto a los procesos de transferencia de conocimientos entre países de la región, al igual que la difusión de respuestas gubernamentales tanto a la pandemia como a otras epidemias. La tabla 8 plantea de forma transversal la comprensión del aprendizaje de políticas. Por difusión, se definen las campañas difundidas por diferentes países que fortalecieron las capacidades de negociación de los gobiernos con diferentes farmacéuticas. Por transferencia, se define el mecanismo COVAX como el principal modelo para generar y transferir capacidades y conocimientos a los gobiernos con menores ingresos. Por capacidades, agrupa la difusión y la transferencia en torno a la negociación de los países; vinculado, además, a capacidades instaladas y la coordinación entre actores académicos, gubernamentales y de mercado en algunos países de la región.

Tabla 8.
Dimensiones de aprendizaje en la pandemia por COVID-19 en ALC

Aprendizaje de Políticas	Contexto del COVID-19
Por difusión	Campañas: los países con mayor capacidades de negociación, se asocian al aprovechamiento en la difusión de estrategias previas al contexto de la COVID-19
Por transferencia	Mecanismo COVAX: permitió transferir capacidades y conocimientos relacionados con negociación de vacunas y accesibilidad a población vulnerables
Por capacidades	<p><i>Políticas:</i> negociación binacional, organismos internacionales y público-privado</p> <p><i>Analíticas:</i> habilidades burocráticas</p> <p><i>Operativas:</i> despliegue en campañas de vacunación</p>

Fuente: elaboración propia

El despliegue de mecanismos de vacunación conllevó a la implementación de estrategias a diferentes escalas en los países latinoamericanos. El debate sobre políticas públicas, ha venido trabajando en torno a una categoría que permite comprender cómo los gobiernos toman decisiones. El aprendizaje de políticas se ha venido trabajando desde los años noventa; sin embargo, en los últimos años se ha retomado este debate alrededor del marco de diseño de políticas que viene tomando fuerza en el estudio del proceso de las políticas públicas. Esta categoría resulta relevante para analizar la toma de decisiones alrededor de

la pandemia por COVID-19. Este artículo propone tres dimensiones para comprender este debate. La primera dimensión está asociada a la difusión de las políticas. Con la complejidad del problema, organismos internacionales y gobiernos con mayor experiencia comenzaron a difundir estrategias en torno a las campañas de vacunación. La difusión permitió que países con poca experiencia adquirieran capacidades para tomar decisiones en torno a la contención de la propagación; sin embargo, esta dimensión no lograría explicar per se, el éxito o fracaso de la vacunación.

Por otro lado, la transferencia de políticas se vincula a la creación del mecanismo COVAX, como una forma de apoyo y fortalecimiento de las capacidades de gobierno. Esta se enfocó en un objetivo asociado a la equidad y la accesibilidad de las dosis de vacuna contra la COVID-19 en países de renta baja o con débiles capacidades de negociación con fabricantes. Finalmente, las capacidades instaladas, asociadas primero a la experiencia de los países en torno a las relaciones público-privadas como es el caso chileno, y segundo vinculadas a la fortaleza de los sistemas de salud tanto públicos como privados que permitieron el despliegue de campañas de vacunación más efectivas.

De acuerdo al contexto de la pandemia por COVID-19, el aprendizaje se postula como una categoría que integra al menos tres dimensiones definidas como condiciones necesarias para el logro de objetivos de política. Sin embargo, las configuraciones de estas tres dimensiones se pueden definir como condiciones suficientes para explicar el fortalecimiento de los sistemas de salud y la toma de decisiones.

Finalmente, este artículo plantea dos agendas de investigación. La primera se orienta a un debate teórico a ser incorporado en el estudio de las políticas públicas en América Latina. Segundo, un debate práctico en torno a la necesidad de generar procesos de aprendizaje de cara a futuras pandemias. La COVID-19 permitió en la región considerar elementos de la toma de decisiones que tienden a ser débiles con respecto a la economía, la salud y la educación, sobretodo en un contexto de alta vulnerabilidad tanto en zonas periféricas poco servidas como en zonas rurales con difícil acceso. En tanto, las capacidades que se pueden crear a partir de procesos de aprendizaje post pandemia, requieren de mayor atención por parte de los tomadores de decisiones.

REFERENCIAS

- Bali, A. S., & Ramesh, M. (2018). Policy Capacity: A Design Perspective. In M. Howlett & I. Mukherjee (Eds.), *Routledge Handbook of Policy Design* (First, pp. 331-344). Routledge.
- BBC. (2021). Cómo se convirtió Chile en el líder de la vacunación contra la covid-19 de América Latina. Noticias. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-56267103>
- Bennett, C. J., & Howlett, M. (1992). The lessons of learning: Reconciling theories of policy learning and policy change. *Policy Sciences*, 1(25), 275-294.
- Brugué, Q., Canal, R., & Paya, P. (2015). ¿Inteligencia administrativa para abordar “problemas malditos”? El caso de las comisiones interdepartamentales. *Gestión y Política Pública*, XXIV(1), 85-130.
- Capano, G. (2020). Policy design and state capacity in the COVID-19 emergency in Italy: if you are not prepared for the (un)expected, you can be only what you already are. *Policy and Society*, 39(3), 326-344. <https://doi.org/10.1080/14494035.2020.1783790>
- Castañeda Guillot, C., Martínez Martínez, R., López Falcón, A., Castañeda Guillot, C., Martínez Martínez, R., & López Falcón, A. (2021). Grandes pandemias y sus desafíos. Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores, 8(3), 1-20. <https://doi.org/10.46377/DILEMAS.V8I3.2671>
- CEPAL. (2022). Desarrollo, distribución y cadena de suministro de vacunas contra el COVID-19 en Chile, Cuba y México | CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48111-desarrollo-distribucion-cadena-suministro-vacunas-covid-19-chile-cuba-mexico>
- CEPAL. (2023, October). Observatorio Covid-19 en América Latina y el Caribe. Observatorio . <https://www.cepal.org/en/subtopics/covid-19>
- Coronaviridae Study Group, I. (2020). The species severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nature Microbiology*, 5, 536-544. <https://doi.org/https://doi.org/10.1038/s41564-020-0695-z>
- Deutsch, K. W. (1963). The Nerves of Government Models of Political Communication and Control. *Open Journal of Political*

- Science, 6(2), 243–249. [https://www.scirp.org/\(S-351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/References-Papers.aspx?ReferenceID=1725611](https://www.scirp.org/(S-351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/References-Papers.aspx?ReferenceID=1725611)
- GAVI. (2021). Instalación de COVAX. <https://www.gavi.org/covax-facility>
- González-Melado, F. J., & Di Pietro, M. L. (2021). La vacuna frente a la COVID-19 y la confianza institucional. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 39(10), 510–515. <https://doi.org/10.1016/J.EIMC.2020.08.001>
- Goyal, N., & Howlett, M. (2018). Lessons Learned and Not Learned: Bibliometric Analysis of Policy Learning. In *International Series on Public Policy* (pp. 27–49). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-3-319-76210-4_2
- Goyal, N., & Howlett, M. (2019). Framework or metaphor? Analysing the status of policy learning in the policy sciences. *Journal of Asian Public Policy*, 12(3), 257–273. <https://doi.org/10.1080/17516234.2018.1493768>
- Grenfell, R. F. Q., & Oyeyemi, O. T. (2023). Access to COVID-19 vaccines and testing in Africa: the importance of COVAX - Nigeria as a case study. *Pathogens and Global Health*, 117(2), 152–166. <https://doi.org/10.1080/20477724.2022.2091862>
- Hecló, H. (1976). Modern Social Politics in Britain and Sweden: From Relief to Income Maintenance. *Politics & Society*, 6(1), 119–119. <https://doi.org/10.1177/003232927600600110>
- Howlett, M. (2019). The Policy Design Primer. Choosing the Right Tools for the Job (First).
- Howlett, M., & Mukherjee, I. (2014). Policy design and non-design: Towards a spectrum of policy formulation types. *Politics and Governance*, 2(2), 57–71. <https://doi.org/10.17645/pag.v2i2.149>
- Howlett, M., Ramesh, M., & Wu, X. (2015). Understanding the persistence of policy failures: The role of politics, governance and uncertainty. *Public Policy and Administration*, 30(3–4), 209–220. <https://doi.org/10.1177/0952076715593139>
- Lasswell, H. (1942). The relation of ideological intelligence to public policy. *Chicago Journals*, 53(1), 25–34. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Lee, S., Hwang, C., & Moon, M. J. (2020). Policy learning and crisis policy-making: quadruple-loop learning and COVID-19 responses in South Korea. *Policy and Society*, 39(3), 363–381. <https://doi.org/10.1080/14494035.2020.1785195>

- Legrand, T. (2018). Structure, Agency and Policy Learning: Australia's Multinational Corporations Dilemma. *International Series on Public Policy*, 215-241. https://doi.org/10.1007/978-3-319-76210-4_10
- Leong, C., & Howlett, M. (2022). Policy Learning, Policy Failure, and the Mitigation of Policy Risks: Re-Thinking the Lessons of Policy Success and Failure. *Administration and Society*, 54(7), 1379-1401. <https://doi.org/10.1177/00953997211065344>
- Marsden, G., & Stead, D. (2011). Policy transfer and learning in the field of transport: A review of concepts and evidence. *Transport Policy*, 18(3), 492-500. <https://doi.org/10.1016/J.TRANPOL.2010.10.007>
- Mayoclinic. (2021). Diferentes tipos de vacunas contra la COVID-19: cómo funcionan - Mayo Clinic. *Vacunas Covid 19*. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/coronavirus/in-depth/different-types-of-covid-19-vaccines/art-20506465>
- McConnell, A. (2010). *Understanding Policy Success: Rethinking Public Policy*. Palgrave Macmillan.
- McConnell, A. (2016). Reappraising Wicked Problems: Wicked Policy vs. Simple Politics. *Political Studies Association (PSA), 66th Annual International Conference*, 21-23.
- Migone, A. R. (2020). Trust, but customize: federalism's impact on the Canadian COVID-19 response. *Policy and Society*, 39(3), 382-402. <https://doi.org/10.1080/14494035.2020.1783788>
- Mukherjee, I., & Bali, A. S. (2018). Capacities and Customization in Policy Design. In M. Howlett & I. Mukherjee (Eds.), *Routledge Handbook of Policy Design* (first, pp. 359-371). Routledge.
- OMS. (2020a). COVAX explicado. *Covax*. <https://www.gavi.org/vaccineswork/covax-explained>
- OMS. (2020b). Covid-19: Cronología de la actuación de la OMS. Organización Mundial de La Salud. <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- OMS. (2020c). Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). In *The WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (Issue February)*. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>
- OPS. (2021a). Sinovac CoronaVac vacuna contra la COVID-19 - Recomendaciones provisionales y más información - OPS/OMS |. Organización Panamericana de La

- Salud.<https://www.paho.org/es/documentos/sino-vac-coronavac-vacuna-contra-covid-19-recomendaciones-provisionales-mas-informacion>
- OPS. (2021b, March 17). Crece el número de entregas de vacunas COVID-19 a través del Mecanismo COVAX en América Latina y el Caribe. <https://www.paho.org/es/noticias/17-3-2021-crece-numero-entregas-vacunas-covid-19-traves-mecanismo-covax-america-latina#>
- OPS. (2022). COVAX en las Américas. <https://www.paho.org/es/covax-americas>
- OPS, & OMS. (2021, March). Colombia recibe las primeras vacunas que llegan a las Américas a través de COVAX. <https://www.paho.org/en/news/1-3-2021-colombia-receives-first-vaccines-arriving-americas-through-covax#>
- OPS, & OMS. (2022a). Innovaciones en Inmunización. Inmunización.
- OPS, & OMS. (2022b, May 2). En la Amazonía, salvar vidas a través de la vacunación une esfuerzos de tres países. Noticias . <https://www.paho.org/es/noticias/2-5-2022-amazonia-salvar-vidas-traves-vacunacion-une-esfuerzos-tres-paises>
- OPS, & OMS. (2024a). Semana de Vacunación en la Américas (SVA). Semana de “La Vacunación En Las Américas”. <https://www.paho.org/es/semana-vacunacion-americas>
- OPS, & OMS. (2024b, April 22). OPS realiza lanzamiento regional de la Semana de Vacunación de las Américas 2024. <https://www.paho.org/es/noticias/22-4-2024-ops-realiza-lanzamiento-regional-semana-vacunacion-americas-2024>
- OPS, & OMS. (2024c, April 22). OPS realiza lanzamiento regional de la Semana de Vacunación de las Américas 2024 -. Noticias. <https://www.paho.org/es/noticias/22-4-2024-ops-realiza-lanzamiento-regional-semana-vacunacion-americas-2024>
- ORASCONHU. (2022, May 27). Se instaló Comité Andino de Inmunizaciones para contribuir a las coberturas de inmunización en la región. Organismo Andino de Salud . <https://www.orasconhu.org/es/se-instalo-comite-andino-de-inmunizaciones-para-contribuir-las-coberturas-de-inmunizacion-en-la>
- Painter, M., & Pierre, J. (2005). Challenges to State Policy Capacity. In M. Painter & J. Pierre (Eds.), Challenges to State Policy Capacity (1st ed., pp. 1-18). Palgrave MacMilan. <https://doi.org/10.1057/9780230524194>

- Paz-Gómez, D., & Santelices, M. (2020). (In) capacidades de política en tiempos de Covid-19: comprendiendo las respuestas económicas de Colombia y Ecuador. *Análisis Político*, 100(1), 72-91. <https://doi.org/https://doi.org/10.15446/anpol.v33n100.93362>
- Peters, G. B. (2018). Policy problems and policy design. In *Policy Problems and Policy Design*. <https://doi.org/10.4337/9781786431356>
- Rittel, H. W. J., & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a General Theory of Planning*. In *Policy Sciences* (Vol. 4).
- Saleh, A., Qamar, S., Tekin, A., Singh, R., & Kashyap, R. (2021). Vaccine Development Throughout History. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/CUREUS.16635>
- Sputnik V. (2021). Sobre Sputnik V. Página Oficial . <https://sputnikvaccine.com/esp/about-vaccine/#>
- Tatar, M., Shoorekchali, J. M., Faraji, M. R., & Wilson, F. A. (2021). International COVID-19 vaccine inequality amid the pandemic: Perpetuating a global crisis? *Journal of Global Health*, 11, 1-3. <https://doi.org/10.7189/JOGH.11.03086>
- The Lancet. (2021). Access to COVID-19 vaccines: looking beyond COVAX. *Lancet* (London, England), 397(10278), 941. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00617-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00617-6)
- Virani, A., & Ramesh, M. (2019). How neglecting policy mechanisms can lead to policy failure: insights from public-private partnerships in India's health sector. In A. Capano, Giliberto; Howlett, Michael; Ramesh, M; Virani (Ed.), *Making Policies Work First-and second-order mechanisms in Policy Design* (First, pp. 76-95). Edward Elgar Publishing, Inc. <https://doi.org/10.4337/9781788118194>
- von Bogdandy, A., & Villarreal, P. (2020). The Role of International Law in Vaccinating Against COVID-19: Appraising the COVAX Initiative. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/SSRN.3733454>
- Wu, X., Ramesh, M., & Howlett, M. (2018). *The Public Policy Primer: Managing the Policy Process* - Xun Wu, M. Ramesh, Michael Howlett, Scott A. Fritzen - Google Libros (Second). Routledge. <https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=iu80DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT12&dq=policy+process+howlett&ots=uoOpfunllm&sig=TrmmmevFVjfiKWEPT9qpcUHIxyQ#v=onepage&q=policy+process+howlett&f=false>

Yoo, K. J., Mehta, A., Mak, J., Bishai, D., Chansa, C., & Patenaude, B. (2022).
COVAX and equitable access to COVID-19 vaccines.
Bulletin of the World Health Organization, 100(5),
315. <https://doi.org/10.2471/BLT.21.287516>

Servicios de salud mental para la población en movilidad. Las limitaciones del sector público, privado y de la sociedad civil en México♦

Mental health services for the mobile population: Limitations of the public, private, and civil society sectors in Mexico.

Nayelhi Saavedra♦♦

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

ORCID: [0000-0002-6435-9800](https://orcid.org/0000-0002-6435-9800)

Jorge Galván Reyes♦♦♦

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

ORCID: [0000-0002-8113-9447](https://orcid.org/0000-0002-8113-9447)

Sarahí Alanís♦♦♦♦

ORCID: [0009-0002-6564-8732](https://orcid.org/0009-0002-6564-8732)

Fecha de recepción: 5 de mayo del 2024

Fecha de aceptación: 21 de junio del 2024

ISSN: 2415-2498

Saavedra, Nayelhi, Galván-Reyes, Jorge, & Alanís, Sarahí (2024). «Servicios de salud mental para la población en movilidad: Las limitaciones del sector público, privado y de la sociedad civil en México». *Politai: Revista de Ciencia Política*, Año 15, N.º 24: pp. 41-60. DOI: <https://doi.org/10.18800/politai.202401.002>

-
- ♦ Agradecemos el financiamiento que nos otorgó el Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología, CONAHCYT para la realización de este proyecto.
 - ♦♦ Doctora en Antropología. Adscrita al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Correo electrónico: itandehui.saavedra@gmail.com
 - ♦♦♦ Maestro en Psicología. Adscrito al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
 - ♦♦♦♦ Doctora en Psicología. Investigadora Independiente

RESUMEN

Las estrategias implementadas por el Estado para proporcionar servicios de salud mental a la población en movilidad han sido endebles y discontinuas. Entre las razones está el reducido presupuesto dedicado a la infraestructura y a los recursos humanos del sistema de salud público. Por ello, la tarea ha recaído directamente las organizaciones de la sociedad civil (OSC), las asociaciones y las agencias internacionales (AI), y de manera indirecta en los financiadores. Sin embargo, debido a las limitaciones y dinámicas de todos éstos, los servicios que ofrecen no logran satisfacer las necesidades de atención de los migrantes. El objetivo del estudio es conocer quiénes son los actores que ofrecen servicios de salud mental, cómo los ofrecen, y comprender cuáles son los factores que subyacen en la escasa oferta de servicios. Se trata de una investigación exploratoria descriptiva en la cual utilizamos una metodología cualitativa. De 2019 a 2023, realizamos 81 entrevistas a integrantes de las instancias arriba mencionadas, así como a personal de varias dependencias gubernamentales, en lugares donde convergen importantes flujos de migrantes: CDMX, Tijuana, y localidades de tres estados, Morelos, Hidalgo y Michoacán. Encontramos que los obstáculos identificados por los participantes están relacionados con las políticas públicas y el financiamiento, los recursos humanos disponibles en las OSC, y los recursos materiales, administrativos y humanos del sector público. El asunto que subyace a las limitaciones es la falta de regulaciones explícitas y las normas soterradas que modelan cualquier acción del personal del sector público, de las OSC y AI, así como de los financiadores.

Palabras clave: Migración, servicio de salud mental, OSC, México, metodología cualitativa

ABSTRACT

The strategies implemented by the State to provide mental health services to the mobile population have been weak and discontinuous. One of the reasons is the reduced budget assigned to infrastructure and human resources in the public health sector. So far, the task has fallen directly to civil society organizations (CSO), associations and international agencies (IA), and indirectly to financiers. However, because of limitations and dynamics of all of them, the services they offer fail to satisfy the care needs of migrants. The aim of the study is to know who offer mental health services, how do they offer it, and to understand the factors which are underneath that restrict supply of services. This is a descriptive exploratory research. We use a qualitative methodology. From 2019 to 2023, we conducted 81 interviews with members of CSO, associations, IA and personnel from government agencies, in places where important flows of migrants converge: CDMX, Tijuana, and towns in three states, Morelos, Hidalgo and Michoacán. We realized that the obstacles identified by the participants are related to public policies and financing, the human resources available in CSO, and the material, administrative and hu-

man resources in the public sector. The issue underlying the limitations is the lack of explicit regulations and the hidden norms that shape any actions of public sector staff, CSO and IA, as well as funders.

Keywords: *Migration, mental health service, CSO, Mexico, qualitative methodology*

1. Introducción

Diversos estudios han documentado que el impacto de los procesos de movilidad (expulsión del país, tránsito y llegada al destino, retorno y reinserción) en el bienestar psicológico de las personas es alto, diferencial y generalmente se encuentra desatendido (Zimmerman y cols., 2011; Fernández-Niño y cols., 2014, Requena y cols., 2015; Willen y cols., 2017; Rosales y cols., 2017; Médicos Sin Fronteras, 2020). A pesar de que la evidencia señala cuán importante es atender el aspecto psicoemocional de las personas migrantes, en este caso de aquellos que confluyen en México³, los esfuerzos por parte del Estado para proporcionarles atención, han resultado insuficientes (Cervantes, 2021; Velasco y Hernández, 2021). La explicación inmediata podría encontrarse en el conjunto de debilidades que reúne el sistema de salud mexicano y que están relacionadas con el escaso gasto del PIB en salud⁴. El reducido presupuesto ha generado rezagos importantes en la infraestructura y en la disponibilidad de recursos humanos (Lomelí, 2020; Sovilla y cols., 2022). Por ejemplo, en el país existen 12 psicólogos por cada cien mil habitantes, y solamente un pequeño porcentaje de ellos trabaja en el primer nivel de atención (donde hay mayor oportunidad de acceso para la población en general); además, hay una clara tendencia a concentrarse en las zonas urbanas, descuidando las rurales (Cámara de Diputados, 2017; Berenzon y cols., 2018). Por otro lado, las estrategias para proporcionar servicios de salud mental a la población en general y a los migrantes en particular, han sido endebles y discontinuas, ya que se han caracterizado por contar con una pobre inversión presupuestal (Cervantes, 2021; Valdez, 2021).

En vista de lo anterior, la tarea de proporcionar servicios de salud mental a la población en movilidad ha recaído en diversas organizaciones de la sociedad civil (OSC) y en agencias internacionales (AI). Esta situación también ha sido documentada en otros países de América Latina como Costa Rica y Perú (Dobles y cols., 2014; Jave, 2021). En una investigación realizada en este último país, se reportó que de diez albergues visitados, cuatro contaban con psicólogos como parte del equipo y cinco recibieron apoyo de otras OSC locales e internacionales. Aun con la presencia de estos profesionales, el servicio sigue siendo limitado y no se ajusta a las necesidades de la mayoría de las personas migrantes (Jave, 2021). Consideramos que las dificultades para ofrecer el servicio están relacionadas, no solo con las limitaciones del sistema de salud, sino con los intereses y dinámicas de las diversas OSC y AI que interactúan con las personas migrantes, incluso con las políticas migratorias regionales y la falta de políticas migratorias locales.

1.2. Organizaciones de la Sociedad civil, asociaciones, agencias internacionales y financiadores privados

Varios autores coinciden en que la atención a la población en movilidad, tanto extranjeros como mexicanos deportados y retornados, ha recaído principalmente en los siguientes actores: OSC, asociaciones y AI (Bobes, 2017; Rincón 2018; Carrascosa y Lacomba, 2020;

³ México es considerado un país de expulsión, recepción, tránsito y retorno de migrantes (Bobes y Pardo, 2019). Para este trabajo consideramos a dos colectivos, las personas de diferentes nacionalidades que están en camino hacia los Estados Unidos (EU), y que por diversas razones deben permanecer en territorio mexicano por periodos indefinidos. Por otro lado, a los mexicanos que emigraron a los EU y fueron deportados o vivieron un retorno forzado a México.

⁴ Para el 2019, el gasto sanitario representó el 5.5% del PIB, y la cobertura de un conjunto básico de servicios de salud en México es la más baja en la OCDE con 89.3%. Los gastos de bolsillo siguen siendo altos, con un 41% del gasto total en salud (Guanais, 2023).

Castro y Castro 2020; Cloquell y Vázquez, 2020). Las OSC se caracterizan por ser autónomas del estado, tener un mínimo de organización formal, y para realizar sus proyectos y actividades, generalmente dependen de financiadores (fundaciones, organismos nacionales e internacionales y fondos estatales), y de la colaboración voluntaria de algunas personas. Las OSC más conocidas son los albergues, hay laicos y confesionales, y otras OSC se dedican a labores de incidencia, investigación, y monitoreo entre otras (Bobes y Pardo, 2019).

Uno de los aspectos de las OSC que ha sido objeto de cuestionamientos es el predominio de una labor meramente asistencialista. Sin embargo, esta disposición podría obedecer al adelgazamiento del Estado (como proveedor de servicios) y al mismo tiempo, responder a los requisitos de las convocatorias que lanza el gobierno para financiar actividades comunitarias (Rincón, 2018; Castro y Castro, 2020). La persecución del financiamiento estatal ha traído algunas consecuencias negativas porque los largos procesos y abundantes trámites demandan mucho tiempo y recursos humanos, entonces algunas OSC terminan descuidando las actividades sustantivas de apoyo a los migrantes (Castro y Castro 2020; Cloquell y Vázquez, 2020).

Además de las OSC, están las asociaciones conformadas por grupos específicos, por ejemplo, por los retornados desde EU a México, y lo más común es que se autofinancien. Las asociaciones realizan activismo político en pro de su grupo y también ofrecen acompañamiento a sus pares en asuntos prácticos, como buscar empleo, vivienda, etc. A decir de Rincón (2018), las asociaciones constituyen una respuesta al desinterés estatal por la vulnerabilidad de colectivos específicos, como las personas deportadas.

Otro conjunto de actores está conformado por las AI, por mencionar algunas: la Organización Internacional de las Migraciones (OIM), el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), Médicos Sin Fronteras y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Las AI suelen contratar a profesionales de distintos campos y por lo general, su trabajo implica colaborar con otras OSC e instituciones del Estado, por ejemplo, el personal de Médicos Sin Fronteras, visita y da consulta a las personas alojadas en algunos albergues. No obstante, este tipo de colaboraciones implica retos y tensiones. Entre los primeros se encuentran las posibilidades de sostener la colaboración a largo plazo, establecer objetivos comunes y trabajar por conseguirlos. Las tensiones se manifiestan en la percepción que tienen las OSC de las AI, de acuerdo con Bobes (2017), mientras que el ACNUR es visto como propositivo y activo, la OIM recibe críticas por no canalizar los recursos a las áreas prioritarias ni aprovechar su influencia para hacer escuchar la voz de las OSC ante el gobierno.

Un aspecto delicado para los OSC y las AI son las implicaciones de operar con dinero proveniente, principalmente, del sector privado⁵. De acuerdo con la tendencia actual⁶, para acceder a este tipo de financiamiento, las OSC y AI corren el riesgo de caer en el mercantilismo y colaborar con una agenda o ideología ajena a sus principios y propósitos (Eikenberry y cols., 2018). Uno de los mayores problemas con la financiación privada, sobre todo en los países menos industrializados y con sistemas fiscales complacientes, es que al canalizar la riqueza hacia los servicios que proveen las OSC y AI, contribuyen a erosionar los fondos

⁵ En una investigación realizada en México por Bobes y Pardo (2019:110) señalan algunos de los financiadores, "...las OSC...para financiar sus proyectos y funcionamiento acuden sobre todo a fundaciones y organismos internacionales (Ford, McArthur, Kellogg, ONU, Unión Europea, etc.)."

⁶ Entre los financiadores predomina la lógica neoliberal que promueve una retórica antiestatal y un enfoque de mercado para la gobernanza de la actividad humana. Esta lógica favorece las políticas de privatización, desregulación y eliminación del bien público a favor de la responsabilidad individual. Este financiamiento se entiende como filantropismo, pero protege monopolios y sistemas fiscales que benefician a los grandes corporativos, los mayores financiadores pueden reclamar hasta un 40% de deducción fiscal por sus donaciones (Reich, 2018; Eikenberry y cols., 2018, Piketty, 2020).

que podrían destinarse al gasto público y con ello se empobrece aún más, al sector económico más débil de la población (Eikenberry y cols., 2018; Piketty, 2020). Por lo que los financiadores podrían propiciar el menoscabo del apoyo a este tipo de programas y exacerbar las mismas desigualdades sociales y económicas que pretenden remediar (McGoey, 2015; Eikenberry y cols., 2018).

Otro asunto que ha merecido críticas, es la zona gris que media entre los intereses del financiador y de las OSC o AI. En primera instancia, los financiadores tienen inclinación a costear determinados temas y proyectos por lo que, en ciertas ocasiones, las OSC y AI se ven en la necesidad de ajustar sus actividades para conseguir los fondos (Bobes y Pardo, 2019). En segundo término, desde la postura

del financiador podría resultar legítimo que al proporcionar fondos, pueda definir cuáles son las prioridades. Por ejemplo, en hospedaje, alimentación y salud de la población objetivo así como el grado de influencia que tendrá sobre las agendas de las OSC y AI, y finalmente sobre las políticas en las que éstas busquen tener incidencia (McGoey, 2015; Eikenberry y cols., 2018; Reich, 2018; Piketty, 2020).

1.3. Instituciones estatales mexicanas y políticas en migración

El Estado federal mexicano es uno de los actores principales en el escenario de la movilidad porque define las leyes migratorias, las cuales son muy recientes. Una es la Ley de Migración que se promulgó en el 2011. En términos generales, reglamenta los procesos de visado, de protección a la salud y a las condiciones de vida de los migrantes, también incluye aspectos puntuales para proteger a las víctimas de delitos. A pesar de esta ley, son numerosas las denuncias de extorsión y violencia cometidas contra personas migrantes y perpetradas por instituciones estatales como el Instituto Nacional de Migración (INM), la Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA), entre otras corporaciones policiacas estatales y locales (Rincón, 2018; Castro y Castro, 2020).

Otras instituciones estatales involucradas con las personas migrantes son las secretarías de Trabajo, de Seguridad Social (SIBISO), y de Salud (Bobes y Pardo, 2019). Con relación a esta última, debemos mencionar que las desigualdades económicas y sociales que persisten en México, se reproducen en la infraestructura, recursos sanitarios y acceso a los servicios de salud. Lo que significa que entre más vulnerable se encuentre una persona, grupo o región, tendrá menos acceso a los servicios médicos (Lomelí, 2020). Por ello, para la población en movilidad, el acceso a los servicios de cualquiera de los niveles de atención (tercero, segundo, incluso primero) y en cualquier área -medicina general, enfermería, psicología- tiende a ser restringido. Entre las barreras de acceso podemos mencionar, la falta de información sobre la disponibilidad de los servicios, las actitudes y prácticas discriminatorias (xenofobia y aporafobia) del personal de salud dentro de un marco institucional que las permite, la lejanía entre las clínicas y los albergues o rutas de paso, la burocracia del sistema salud, y la falta de procesos claros para la atención de esta población (Morris, 2019; Llanes-Díaz y cols., 2023).

Cuando se trata del acceso a los servicios de salud mental en el sector público, las personas migrantes, tanto extranjeras como retornadas, comparten con sus pares de otros países de América Latina, la falta de acceso a servicios de calidad que satisfagan sus necesidades (Dobles y cols., 2014; Rivera, 2019; Jave, 2021). Para tratar de subsanar esta situación, una de las estrategias a las que recurre el personal operativo de las OSC y las AI en México, es crear y aprovechar canales informales (conocidos, colaboradores, amigos) para lograr que las personas migrantes accedan a los servicios (Llanes-Díaz y cols. 2023).

Finalmente, las relaciones entre las instituciones estatales y el resto de los actores descritos, tienden a ser conflictivas antes que complementarias. Por principio, las OSC y el gobierno se posicionan como contendientes al disputar espacios y agendas políticas migratorias. El gobierno tiende a ver a las OSC que trabajan el tema migratorio como actores entrometidos en sus ámbitos de autoridad y como agentes que pueden vehiculizar intereses privados. Por su parte, las OSC suelen buscar la incidencia denunciando públicamente la indiferencia y pobre ejecución del Estado hacia las diversas problemáticas de los migrantes en temas de inseguridad, violencia, salud, y documentación (Bobes, 2017).

En este manuscrito abordamos los aspectos mencionados, desde el punto de vista de las personas que, de manera cotidiana, interactúan con la población en movilidad. Nos propusimos responder ¿quiénes y cómo proporcionan servicios de salud mental a la población en movilidad en diversos lugares de México?, y ¿cuáles son los factores que subyacen a las limitaciones de la atención especializada en salud mental dirigida a la población en movilidad?⁷

2. Metodología

La evidencia discursiva que analizamos proviene de una investigación exploratoria descriptiva en la cual utilizamos metodología cualitativa, y que realizamos del 2019 al 2023 en las ciudades de Tijuana, la CDMX, y localidades de tres diferentes estados: Morelos, Hidalgo y Michoacán. El estudio fue diseñado para conocer, desde las vivencias y percepciones de los actores sociales, los aspectos que limitan las acciones de las OSC, las asociaciones, las AI y de las instituciones públicas en el momento de atender a la población en movilidad, ya sea extranjeros o mexicanos, que requieren atención psicológica o psiquiátrica. Para ello se condujeron 57 entrevistas antropológicas individuales a voluntarios y personal de diversas instancias arriba mencionadas, así como entrevistas grupales a 24 personas distribuidas en tres grupos. En total hablamos con 81 personas.

2.1. Escenarios, participantes y colaboradores

Las localidades se eligieron en razón del número importante de migrantes en tránsito y de retorno que concentran, así como de la disponibilidad de OSC, asociaciones e instituciones públicas que les proporcionan alguna forma de atención. En la CDMX se entrevistaron de manera individual a 30 personas (ver tabla 1) y se realizaron entrevistas grupales⁸ a tres colectivos diferentes (ver tabla 2). La decisión de combinar dos técnicas de entrevista obedeció a razones prácticas. Debido a los horarios y cargas de trabajo de los potenciales entrevistados, acordamos que lo más conveniente sería realizar la entrevista bajo la modalidad grupal, de tal forma que pudiéramos conversar con todo el personal. En la ciudad de Tijuana se entrevistaron a 10 personas, en dos diferentes localidades del estado de Michoacán se entrevistaron a 11 personas, en un pueblo de Hidalgo, a cuatro y en otro de Morelos, a dos personas (ver Tabla 1).

⁷ Financiamiento: A partir del 2022, el proyecto recibió financiamiento de CONAHCyT del programa Fordecyt-Pronaces, F/3578.

⁸ Es una técnica que se refiere a la situación en la que el entrevistador formula preguntas sobre un tema a un grupo preexistente, es decir, no es un grupo conformado exclusivamente para ser entrevistado. Con esta técnica se buscan descripciones detalladas de experiencias compartidas por los integrantes del grupo, y entre las ventajas es que aportan gran cantidad de información y estimula la emergencia de recuerdos compartidos (Fontana y James, 2015).

Utilizamos un muestreo intencional para seleccionar a todos los participantes ya que buscamos y elegimos a quienes tuvieran experiencias con la población en movilidad que interesara a los objetivos de la investigación. Los criterios de inclusión fueron ser mayor de edad (tener 18 años o más), y que en el momento del estudio realizara alguna actividad relacionada con la población en movilidad, mientras que los de exclusión fueron ser menor de 18 años y no tener contacto directo con esta población. Consideramos que la muestra de participantes estaba completa cuando contamos con al menos una entrevista de cada tipo de instancia que, de acuerdo con la literatura revisada, ejecutan alguna acción directa con los migrantes (Bobes, 2017; Velasco, 2018; Rincón, 2018; Candiz y Bélanger, 2018; Bobes y Pardo, 2019; Carrascosa y Lacomba, 2020). Una vez que, con cada nueva entrevista ya no obteníamos información diferente, consideramos que alcanzamos la saturación de datos, con la cual no se agota el objeto de estudio ni la realidad empírica pero sí las unidades o categorías de análisis (Suárez y Arenas, 2013; Flick, 2018).

El equipo de investigación estuvo conformado por un maestro en psicología, una doctora en psicología y una doctora en antropología quienes elaboraron el protocolo del estudio, organizaron y coordinaron las actividades de investigación, establecieron los contactos, realizaron las entrevistas en la CDMX, Hidalgo y Morelos, transcribieron algunas entrevistas, organizaron, resguardaron el material discursivo, analizaron el material y redactaron el presente texto. En la ciudad de Tijuana y las localidades de Michoacán, para realizar las entrevistas, contamos con el apoyo de estudiantes graduados de psicología y un maestro en estudios culturales.

2.2. Procedimiento

Para establecer el contacto con los entrevistados se procedió de manera similar en todos los escenarios. Primero, alguno de los integrantes del equipo se comunicó (de forma presencial, vía telefónica o mediante correos electrónicos) con una persona que estuviera colaborando en una de las instancias de interés. Durante el primer contacto se les explicó el objetivo de la investigación, la forma en cómo recabaríamos la evidencia discursiva, los procedimientos para su resguardo y análisis, y cómo se divulgarían los hallazgos del estudio. También se les facilitó el protocolo del estudio, se subrayó que se trataba de una participación voluntaria, y a quienes aceptaron participar se les entregó el consentimiento informado. La mayoría de las personas contactadas aceptaron participar en el estudio, quienes no aceptaron fue por cuestiones de horario.

Después del primer contacto se acordaba una reunión en algún lugar que cumpliera con un mínimo de características para mantener la confidencialidad de la conversación, en el que no hubiera interrupciones y donde el entrevistado se sintiera cómodo. Una vez que concluía la entrevista, utilizando la técnica “bola de nieve”, se les pedía que nos pusieran en contacto con otras personas que también proporcionaran alguna forma de atención a la población en movilidad ya fuera en su misma instancia o en otras de su localidad y/o ciudad.

2.3. Instrumentos

Para ambas modalidades de entrevista, se recurrió a la entrevista antropológica (Guber, 2012), basada en preguntas abiertas del tipo “cuénteme cómo...”, “¿me puede platicar...?”. Los temas que se abordaron con todos los participante fueron a) Percepción sobre la migración y los migrantes b) Descripción de la organización o servicio c) Experiencias y percepción del contacto con la población objetivo d) Percepción sobre los problemas, obstáculos y oportunidades para atender a esta población e) Percepción sobre las necesidades y

problemas de salud mental de la población en movilidad f) Percepción y experiencias sobre la atención de la salud mental de esta población y g) Datos sociodemográficos.

La diferencia entre las modalidades individual y grupal fue que, durante la segunda, colaboraron al menos tres investigadores para que uno condujera la entrevista, mientras otro tomaba notas de la reunión (anotara el orden de participación, entre otros aspectos), y el tercero moderaba la conversación (y se aseguraba de que todas las personas tuvieran oportunidad de hablar). En las entrevistas individuales, participaron uno o dos investigadores. Las entrevistas duraron entre una y cuatro horas, el número de sesiones varió de una a tres. Todas se grabaron en audio, transcribieron y almacenaron en archivos digitales.

2.4. Análisis del material discursivo

El análisis siguió la propuesta de Guber y cols. (2014) que consiste en realizar tres niveles de lectura de todo el material para extraer y organizar el contenido en diferentes archivos y facilitar las consultas para cada analista. El procedimiento fue realizado de forma individual por cada uno de los tres investigadores, de tal forma que los hallazgos pudieran ser comparados.

En la primera lectura se recopiló el contenido que respondía a los temas de la guía de entrevista, así como a los temas emergentes; entre estos últimos encontramos, por ejemplo, las interacciones con los colaboradores de otras OSC. Mediante la segunda lectura se identificaron las conexiones entre los diversos temas abordados, por ejemplo, el tema de las condiciones para recibir financiamiento y cómo interfería para sostener un servicio de salud mental. El último nivel de lectura implicó la triangulación de la información, denominada “entre jueces”. Cada analista leyó el material generado por los otros dos y se sometió a comparación, cuando se encontraron discrepancias en la identificación de temas emergentes o en el establecimiento de conexiones entre temas, se discutió a la luz de la literatura especializada. Una vez que se resolvieron las diferencias, se establecieron las siguientes categorías para organizar el contenido del material que respondía a las preguntas de investigación.

1. Políticas públicas y financiamiento.
2. Recursos humanos en OSC.
3. Recursos materiales, administrativos y humanos en el sector público.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (IRB00006105). Se solicitó el consentimiento informado a cada participante; para proteger su identidad se utilizaron seudónimos y se omitieron los nombres de las localidades de los tres estados, y de las OSC, AI y asociaciones.

3. Hallazgos

Para comprender el lugar que ocupó la atención a la salud mental en los espacios donde los migrantes interactuaron con el personal de las dependencias públicas y las otras instancias, nos propusimos conocer las actividades cotidianas que allí se realizaban. Así como los puntos de vista de los participantes acerca de los problemas y oportunidades que regularmente enfrentaban para ejecutar sus tareas. Dos de estos asuntos fueron el respaldo o incompatibilidad que percibieron de las políticas públicas y las implicaciones de buscar y contar con presupuesto.

3.1. Políticas públicas inconsistentes, las tensiones entre los actores y los claro oscuros de los financiamientos

A todos los participantes les pedíamos que nos describieran los servicios o funciones que realizaban de manera cotidiana con las personas en movilidad. Un tema que invariablemente emergía eran las dificultades que día a día enfrenaban para cumplir con sus labores. Tanto las personas del sector público como las involucradas en las OSC, AI y asociaciones, coincidieron en la falta de políticas públicas, y en las contradicciones entre lo que señalaban las leyes y su puesta en práctica. Una de las abogadas de una OSC comentó lo siguiente

...ahora se hizo una como una ley de extranjería [Ley de Migración] donde efectivamente reconocen derechos, porque está el derecho a la salud, el derecho a la identidad, al debido proceso. Sin embargo, también disfraza algunas cosas como muy preocupantes, como que no se le dice a una persona que es detenido... se dice que es una persona presentada o que está albergada, o sea, no se llama a las cosas como se debería de llamar. Entonces también la misma ley es, desde mi punto de vista, un poco perversa...
Magali, OSC en CDMX

De acuerdo con los participantes, la inconsistencia entre las leyes, las políticas públicas y los mecanismos para el ejercicio efectivo de las primeras, generó escenarios de tensión constante entre las OSC y las instituciones estatales. En este sentido, Berta (colaboradora en OSC) comentó lo difícil que era encontrar una respuesta positiva por parte del personal de algunas dependencias públicas cuando, por ejemplo, buscaba protección para una persona migrante que había sido violentada. Ella comentó que "...el problema es no saber qué le toca a cada quién", porque era frecuente que el personal transfiriera sus responsabilidades hacia otras instancias gubernamentales.

Las tensiones parecieron aumentar cuando los participantes percibieron que, además de lo anterior, en diferentes momentos las autoridades mostraron indiferencia o una pobre capacidad de resolución. Por ejemplo, Joaquín, hizo alusión a las acciones que realizó el gobierno de la CDMX cuando, ante la llegada de las caravanas migrantes, abrió albergues de manera temporal y terminó canalizando a los migrantes hacia los albergues ya establecidos de diversas OSC.

Nosotros sentimos la presión de la gente [migrantes] que está afuera y que quiere entrar [al albergue saturado], de los vecinos que quieren que el albergue se cierre y a veces también del gobierno que dice bueno, -"y ustedes ¿qué van a hacer?" Porque ya vieron que no tienen la capacidad, no pueden o no quieren poner recursos, entonces los problemas hay que resolverlos nosotros.
Joaquín, OSC en CDMX

Las personas de las OSC, AI y asociaciones compartieron la idea de que el "gobierno" debía asumir las responsabilidades que "le atribuye la ley", hacia la población en movilidad, y si no podía hacerse cargo de la atención y protección de los migrantes, al menos debía financiar a quienes sí se encargaran de estas tareas. Ya que, como mencionó Yuval (voluntario en OSC), las OSC, "...viven de los donativos, de los apoyos internacionales y a veces son escasos". Sin embargo, cuando preguntábamos quiénes eran los financiadores, algunos de los participantes mostraron reticencias para nombrarlos, en tanto otros no tuvieron problema en señalarlos. Por ejemplo, Rodolfo, director de un refugio comentó que puso a disposición del lugar todo su capital social, mismo que enumeró de la siguiente forma,

Nuestros contactos con Naciones Unidas, nuestros contactos con las empresas, nuestros contactos con las cámaras de comercio, nuestros contactos con el go-

bierno de Francia, nuestro contacto con el gobierno de Países Bajos, de la Unión Europea. ... y entonces desde ahí empezamos a tener subvenciones financieras que nos han permitido continuar y no debemos nada a nadie, a ningún partido político y a ninguna administración local, estatal o federal.
Rodolfo, OSC en CDMX

Como ya han mencionado otros autores (Rincón, 2018; Castro y Castro 2020; Cloquell y Vázquez, 2020), la búsqueda de financiamiento suele consumir mucho tiempo, recursos humanos y administrativos para las OSC. Uno de los encargados de un albergue confesional compartió las diferencias entre solicitar recursos en el sector privado y en el público.

Recibimos principalmente del sector privado porque de alguna manera el gobierno te limita siempre a ciertas ayudas. [El gobierno] tiene un papeleo muy estricto y muy burocrático..., y pues vamos a perder tiempo... La ayuda privada lo más que te pide, si somos donatarios, cuatro, cinco papeles oficiales y ya, y fotos, todo se pide en fotos para justificarlo ante los donadores o ante el SAT [Hacienda]. Si no hay fotos, si no hay videos, no llega la ayuda.
Bernardo, OSC en CDMX

Tal como señaló Bobes (2017), las posiciones que asumieron las OSC frente a las instituciones estatales fueron de crítica y distanciamiento. Mediante la evidencia discursiva observamos que, en una medida importante, las tensiones también se originaron en las interacciones del día a día. Es decir, más allá de las leyes y sus contradicciones, en interacciones cara a cara con algún funcionario o trabajador público que por alguna razón, no dio la respuesta esperada.

3.2. “Eso lo sé yo, Dios y el paciente”: limitaciones de los servicios de salud mental proporcionados por la sociedad civil y las AI

Les preguntamos a los participantes qué opinaban de que las personas migrantes recibieran atención en salud mental, y coincidieron en que sería ideal que tuvieran atención profesional para aliviar el desgaste emocional del proceso de expulsión, migración, inmovilidad forzada, y en el caso de los retornados, la reintegración. La mayoría de los entrevistados dijo que la posibilidad más realista para acceder a un servicio profesional, era que la OSC o AI contara con un psicólogo. Para los mexicanos retornados, la posibilidad de acceso estuvo vinculada con las asociaciones que se encargaron de buscar servicios gratuitos en diferentes organizaciones de psicólogos. Uno de los integrantes de una asociación de retornados comentó lo siguiente.

...afortunadamente en el caso de nuestras organizaciones, sí contamos con profesionales... son personas que lo hacen al cien por ciento por iniciativa propia, porque de momento es un servicio humanitario gratuito el que nos brindan...
Ovidio, asociación en Michoacán

En el caso de la población extranjera en movilidad, en una de las OSC conocimos a Amelia, una psicóloga que se encargaba de dar consulta a quienes así lo solicitaban y que eran captadas durante la atención para realizar trámites relacionados con su estadía temporal en México. Ella nos comentó que uno de los principales retos era que, en una sola sesión, cubriera alguna necesidad del consultante, y que como confirmamos, fue una de las limitaciones para ese tipo de servicios: saber que las personas no podrían regresar a una segunda sesión.

... sesión única ¿no?, que es más de terapias posmodernas, entonces justo, lo que yo aplico más, ya en la atención con las personas tiene que ver con intervención en crisis...porque eh, digamos que trabajo bajo esta visión que no tengo la garantía de que la persona regrese a la siguiente sesión.
Amelia, OSC en CDMX

Aunque la OSC para la que trabajaba Amelia hubiera dispuesto espacio, recursos y tiempo para ofrecer atención psicológica; ni el registro de los diagnósticos, ni la documentación de los casos resultaba relevante para los financiadores, porque cuando le preguntamos a Amelia qué hacía la OSC con esta información, ella respondió, “Pues no realmente [no la pide], eso lo sé yo, Dios y el paciente”. En otras OSC y AI en las que tuvieron un profesional de la salud mental, encontramos ese mismo desinterés en registrar las necesidades de atención psicológica y el impacto que el servicio tenía en la población que lo recibía. Cuando indagamos las razones, la opinión generalizada fue que tenían como propósitos principales dar alojamiento, alimentación, servicios de abogacía o acompañamiento por lo que la atención a la salud mental lo percibían como un “plus” o un servicio secundario. Por lo que, si los financiadores decidían que la atención a la salud mental no resultaba importante, el personal debía mantenerla solapada. Con ello confirmamos lo que algunos autores mencionaron sobre la capacidad de los financiadores para determinar las agendas de sus financiados (McGoey, 2015; Eikenberry y cols., 2018; Reich, 2018; Piketty, 2020).

Como ha señalado la literatura (Carrascosa y Lacomba, 2020; Castro y Castro 2020; Jave, 2021) solamente una minoría de OSC contaban con un psicólogo que acudía a dar consulta algunos días a la semana y que brindaba atención individual o grupal, lo más común era que tuvieran dificultades para contar con uno de manera permanente. Olaf, un psicólogo de una OSC comentó con relación a su experiencia en diversos albergues,

Creo que, sobre todo, en el tema de salud, es muy común que en los espacios no haya como atención médica, porque llega a ser difícil tener este equipo completo de profesionales, entonces, pues, médicos, así que estén como fijos, más bien llegan a ser como voluntarios, cosas así, eventuales y pues se descuida mucho como la parte de salud.
Olaf, OSC en CDMX

Una de las estrategias a las que recurrieron los albergues para cubrir la falta de psicólogos fue convocar a estudiantes de psicología que estuvieran próximos a graduarse, para que realizaran el servicio social dando consultas a la población. Si bien con ello se logró tener un servicio accesible, la falta de pericia clínica y de experiencia con población vulnerable, dio lugar a un servicio de escasa calidad, de acuerdo con los entrevistados. Otra forma en la que el personal de algunas OSC y de AI buscaron implementar el apoyo psicoemocional fue buscando lugares donde capacitarse en temas de salud mental. Así lo platicó Antonio,

Hemos buscado con la Universidad Nacional Autónoma de México, tomamos un curso ahí de capacitación, para estar medianamente preparados ¿no?... de primeros auxilios psicológicos. Así, básicos ¿no?... Sí sirve pero o sea, nunca está uno tan preparado ¿no?
Antonio, AI en CDMX

La mayoría de las personas que recibieron este tipo de capacitación afirmaron que fue útil, pero percibieron que una o dos capacitaciones eran insuficientes para responder de manera eficaz a las necesidades de apoyo psicológico. Ante las limitaciones de las OSC, AI y asociaciones para proporcionar atención a la salud mental, el recurso más socorrido fue referir hacia los servicios del sector público. Para ello, los entrevistados comentaron que contaban con un directorio con la información de los servicios de salud mental disponibles en sus localidades, aunque algunos reconocieron que el directorio no siempre estaba actualizado

y que resultaba mejor utilizar las redes informales (conocidos, colaboradores, amigos), si es que contaban con ellas, tal como lo documentó Llanes-Díaz y cols. (2023).

3.3. Debilidades de los servicios de psicología y psiquiatría en el sector público

De acuerdo con lo que expresaron los participantes, el número, disponibilidad y calidad de los servicios de salud en cada lugar donde realizamos las entrevistas, fue muy diferente, por ejemplo, en Morelos e Hidalgo⁹ sí había centros de primer nivel de atención con servicios de psicología. Sin embargo, para tener acceso a éstos, era necesario recibir una referencia del propio sistema salud o ser canalizado por alguna escuela o por el sistema penitenciario. Es decir, solamente las personas que ya hubieran tenido acceso a alguna institución pública podían recibir una cita para consulta. Era el caso de los migrantes que atendieron ahí, todos eran mexicanos retornados. A diferencia de ambos estados, en Michoacán¹⁰, el acceso era prácticamente nulo, incluso para los mexicanos retornados, porque como explicó Margo, eran numerosas las localidades donde no contaban con servicios públicos de psicología.

Desafortunadamente, es el mismo servicio de salud que es para todos [la población local], o sea, el servicio del centro de salud en donde no contamos con apoyo psicológico para atender el tema de salud mental. Por ejemplo, te hablo en el caso de Zinapécuaro, hay un centro de salud que cuenta con un solo doctor y con un dentista y dos enfermeras... no tiene psicóloga...

Margo, sector público en Michoacán

El contraste entre Morelos e Hidalgo situados en el centro del país y otro alejado (Michoacán), confirmó que en las zonas lejanas de la ciudad capital y de carácter rural, continúan faltando los servicios de psicología (Berenzon y cols., 2018). Si a lo anterior agregamos la escasa presencia de los profesionales en psicología en el primer nivel de atención, y las percepciones de los entrevistados, podemos afirmar que para la mayoría de las personas en movilidad este servicio no estuvo disponible.

En zonas urbanas como la CDMX y Tijuana que contaron con una red considerable de centros de primer nivel de atención dirigidas a la población abierta y donde algunas tuvieron servicio de psicología, los obstáculos para el acceso de los migrantes se encontraron en las actitudes y prácticas de discriminación y de rechazo por parte del personal de salud, mismas que han sido documentadas en otros trabajos (Morris, 2019; Jave, 2021; Llanes-Díaz y cols., 2023). A decir de Amalia (personal de una AI), la negación de cualquier servicio de salud a las personas migrantes era recurrente, y ella pensaba que se debía a la persistencia de un conjunto de mitos, "...los mitos en el sector del servicio público, la gente cree que no tendría que prestar el servicio a los extranjeros...". Además, la percepción que tuvieron algunos entrevistados sobre cómo son las interacciones entre las personas extranjeras migrantes y los empleados de los servicios públicos de salud, es de maltrato institucional. Heidi (colaboradora en OSC) platicó que a unas mujeres migrantes fueron objeto de comentarios "estigmatizantes", cuando reclamaron el derecho a recibir atención, les dijeron "para qué están aquí [en México]".

⁹ Ambos estados colindan con la CDMX.

¹⁰ Se encuentra en el Occidente del país, y tiene una amplia área de zonas rurales, muchas de ellas aún dedicadas principalmente a la agricultura.

Cuando una persona migrante lograba acceder a un servicio de psicología en algún centro público de salud, podía encontrar otros obstáculos durante el transcurso de la consulta. Algunos de los psicólogos con quienes conversamos comentaron que el contexto y las condiciones de los migrantes les resultaban desconocidos. La dificultad aumentaba si el consultante no hablaba español como las personas haitianas, o si no lo dominaban completamente, como ocurrió con algunos mexicanos deportados que crecieron desde pequeños en EU. Al abordar este tema con la psicóloga Pamela, nos comentó,

...probablemente también se enfrentan a que, pudiera ser que algunos terapeutas no conocieran ¿no?, toda, como todo el ambiente al cual ellos están, desde el cual vienen...y aterrizarlo ¿no? a lo que están viviendo ahorita, porque de pronto puede costar trabajo identificar, qué es lo que está causando una frustración en ellos ¿no?

Pamela, sector público en Morelos

El tema de cómo abordar la multiculturalidad de los pacientes y consultantes es una limitante que atravesó no solamente a los psicólogos, sino al personal de salud que entrevistamos (médicos y psiquiatras). Algunos nos comentaron que percibían una falta de “sensibilidad” hacia la vulnerabilidad de las personas en movilidad. Brenda, quien trabajaba en el sector público, mencionó que es difícil “saber cómo empatizar” con ellos. Con base en estas percepciones, nos dimos cuenta que no solamente faltaban servicios, sino capacitación del personal que atiende a la población en movilidad.

Uno de los asuntos más complejos, de acuerdo con los entrevistados, fue la búsqueda de atención en el tercer nivel (hospitales psiquiátricos) para los migrantes que lo necesitaron. En Michoacán fue común derivar hacia la capital del estado, en Morelos e Hidalgo, hacia los servicios de la CDMX. Sin embargo, el costo en tiempo y dinero, constituyó otro obstáculo. Una de las entrevistadas compartió la historia de una persona que necesitaba hospitalización psiquiátrica,

... cuando le empecé a explicar, “tienes que venir, luego para allá, luego acá y luego para allá y de más”, el paciente dijo, “¿sabe qué?, es demasiado complejo, no voy a poder” se paró y se fue. Entonces, aparte de que vienen solos, la cuestión es económica, porque no es otra cosa, “es que no tengo dinero para desplazarme”.

Carolina, sector público en Hidalgo

El común denominador de las experiencias y percepciones de los participantes sobre la canalización hacia el servicio psiquiátrico fue que, para un migrante, no era posible recibirlo. Gustavo nos platicó cómo ha sido su experiencia en Tijuana, una ciudad donde se carece de hospitales psiquiátricos públicos, solamente se cuenta con psiquiatras en algunos hospitales del segundo nivel.

...ha sido muy complejo derivar personas a psiquiatría. Y si me preguntas a mí, realmente, de todas las que hemos canalizado, no se ha atendido ni una, ha sido muy complejo... porque sabemos que son procesos burocráticos súper largos, horas para atenderlos, documentos, etcétera, y todo eso crea más y más barreras.

Gustavo, OSC en Tijuana

Las barreras burocráticas, así como los procedimientos largos y tardados para ingresar a consulta, los compartieron los servicios disponibles en la CDMX. Donde a pesar de centralizar el mayor número de hospitales psiquiátricos y de psiquiatras, los servicios se encuentran saturados. Algunos entrevistados calificaron las respuestas que recibieron por parte del tercer nivel de atención como “descomprometida”, “desinteresada en las personas”,

“burocrática”. En suma, no les parecía que contribuyera a resolver los problemas de salud mental de la población en movilidad. Lia (personal de OSC, CDMX) platicó que un hospital psiquiátrico rechazó a una migrante, diciendo: “...no hay camas, no la podemos recibir, llévensela, aquí hay tres pastillas”. Ahora, si una persona migrante pudiera atravesar con éxito el procedimiento para obtener una consulta psiquiátrica, el seguimiento implicaría, como lo comentó Alejandro, esperar por largos periodos las consultas subsecuentes.

...hay que sacar ficha como a las cuatro de la mañana, hay que formarse, las fichas se dan a las siete pero a las cuatro hay que estar formados y pues así... Pudiera tocarte una. Una vez que ya logras una ficha de primera vez, la atención subsecuente, es cada dos o tres meses. O sea, no hay muchas opciones.
Alejandro, sector público en CDMX

Lo que compartieron los entrevistados acerca de las posibilidades de acceso a los servicios de salud mental públicos, fueron las consecuencias visibles e inmediatas del rezago del sistema de salud mexicano (Lomelí, 2020, Sovilla y cols., 2022). Los trastornos no atendidos o los tratamientos interrumpidos por falta de atención y medicamentos suelen permanecer invisibilizados. Desde la perspectiva de los participantes, para que una persona en movilidad acceda a los servicios de psicología y psiquiatría, debería contar con recursos económicos para desplazarse hacia lugares lejanos, también debería sortear los procedimientos de ingreso, mostrar resistencia ante las actitudes de discriminación y los maltratos del personal, tener cierta suficiencia idiomática y una apropiada aculturación para reducir las barreras culturales con el profesional que lo atienda, y de ser necesario, debería contar con el tiempo suficiente en la localidad donde decida atenderse para asistir a las consultas subsecuentes.

4. Consideraciones finales

Nos parece que el haber explorado las condiciones que dificultan el acceso de las personas migrantes a los servicios de salud, desde el punto de vista de los actores que se los proporcionan o que median entre la oferta y los potenciales usuarios, nos permitió identificar las dinámicas problemáticas y los asuntos que subyacen en algunas de las barreras de acceso.

A partir de los hallazgos, reconocemos que la población en movilidad atrapada o de retorno en México, permanece al centro de un escenario sin regulación explícita, pero con actores (personal del sector público, de las OSC y AI, así como de los financiadores, incluso de las asociaciones) que están sujetos a un repertorio de normas soterradas que modelan cualquier acción que beneficie o dañe a la población migrante. Afirmamos que no hay una regulación explícita porque a pesar de que existe una Ley de Migración, no existen mecanismos para exigir que se ejecuten las disposiciones que contribuyen a la protección de las personas migrantes. Ante la falta de mecanismos que garanticen el acceso a los servicios de salud, pensamos que las acciones de intermediación entre las OSC, AI y asociaciones con el sector salud (centros de primer y segundo nivel) para obtener una consulta psicológica y/o psiquiátrica para un migrante, permanecerán en los límites de las redes informales. Por lo que su alcance o eficacia tendrá las limitaciones que ello implica: serán eventuales y para una minoría. Además, aun cuando una persona migrante logre la entrada al sistema público de salud, deberá responder al lenguaje institucional con el cual los centros de salud y hospitales interpelan a los usuarios, es decir, el papeleo, los procedimientos que requieren largos tiempos de espera, etc. El papeleo y la espera se convierten en una suerte de instrumentos que contribuyen a gestionar las brechas entre la precariedad del propio sistema salud (escasos psicólogos y psiquiatras, cuestionable distribución regional de los recursos humanos, falta de capacitación en temas migratorios, etc.) y las leyes que garantizan el

derecho a la salud. En suma, el sistema de salud no niega el acceso a los servicios de salud mental a la población en movilidad, pero tampoco lo facilita.

Por otro lado, considerando tanto la evidencia discursiva como la literatura en torno a los intereses y tendencias de los financiadores, concluimos que en sus agendas prevalece de manera simultánea y quizá velada, el asistencialismo y el desinterés por el bienestar psicoemocional de las personas migrantes. Si bien, las OSC y AI buscan apegarse a las normas de sus financiadores, las demandas en salud mental irrumpen en la atención diaria de la población, obligándolas a buscar alternativas para cubrir este tipo de necesidades. Sin embargo, las estrategias a las que recurren tienden a ser insuficientes. Por lo que la ausencia del tema de salud mental en las agendas de los financiadores, dificulta el acceso a los servicios adecuados y obstaculiza la documentación que se necesitaría para conocer los alcances de una hipotética atención, por ejemplo, sería conveniente responder ¿qué tipo de atención resulta efectiva?, ¿qué tipo de capacitación debería recibir el personal en salud mental que trabaja con población en movilidad?, ¿cuál es la manera más eficiente de ofrecer atención?

Por último, pensamos que sería necesario implementar estrategias encaminadas a lograr sinergias entre los diversos actores para mejorar la información de servicios disponibles en cada región y potenciar los escasos recursos humanos en salud mental.

REFERENCIAS

- Berenzon, S., Saavedra, N., & Galván, J. (2018). Contextos y desafíos para la atención de la salud mental en el primer nivel. Una aproximación socioecológica. *Salud Pública de México*, 60(2), 184-191.
- Bobes, V. C. (2017). ONG de migración como actores de un campo de acción solidaria. *Migración y desarrollo*, 15(28), 125-146.
- Bobes, V. C., & Pardo, A. M. (2019). *Política migratoria en México. Legislación, imaginarios y actores*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Cámara de Diputados LXV Legislatura (2017). *Incrementan trastornos mentales en México; población entre 15 y 20 años, la más vulnerable* <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/camara/Comunicacion/Boletines/2017/Mayo/26/3680-Incrementan-trastornos-mentales-en-Mexico-poblacion-entre-15-y-20-anos-la-mas-vulnerable#:~:text=Destac%C3%B3%20que%20en%20el%20pa%C3%ADs,y%20cualquier%20otra%20enfermedad%20mental>
- Candiz, G., & Bélanger, D. (2018). Del tránsito a la espera: el rol de las casas del migrante en México en las trayectorias de los migrantes centroamericanos. *Canadian Journal of Latin American and Caribbean Studies*, 43(2), 277-297.
- Carrascosa, M., & Lacomba, J. (2020). Las organizaciones de la sociedad civil en fronteras de alta migración. Entre el humanitarismo y la defensa de derechos. *REMHU: Revista Interdisciplinaria de Movilidad Humana*, 28, 13-32.
- Castro, A.P., & Castro, P. (2020). La 72, Hogar-refugio para personas migrantes: la sociedad civil organizada en la atención de la agenda de los transmigrantes en la frontera México-Guatemala. *Revista Pueblos y fronteras digital*, 15, 1-33. <https://www.doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2020.v15.502>
- Cervantes, E. (2021). La necesidad de políticas públicas para la promoción del bienestar psicológico en el proceso migratorio entre México-Estados Unidos. En J. Cadena-Roa & M. L. Martínez (Coords.) *Las ciencias sociales en transición. Políticas públicas desde la perspectiva de la gobernanza: del diseño a la evaluación: Vol.*

IV, (pp.185-197). <https://www.comecso.com/congreso-vii/volumenes>

- Cloquell, L., & Lacomba, V. (2020). Las asociaciones de inmigrantes como organizaciones no gubernamentales de desarrollo. Entre la agencia y la adaptación institucional. *OBETS. Revista de Ciencias Sociales*, 15(1), 105-136. <https://doi.org/10.14198/OBETS2020.15.1.04>
- Dobles, I., Vargas, G., & Amador, K. (2014). *Inmigrantes. Psicología, identidades y políticas públicas. La experiencia nicaragüense y colombiana en Costa Rica*. Universidad de Costa Rica.
- Eikenberry, A., & Mirabella, R. (2018). Extreme philanthropy: Philanthrocapitalism, effective altruism, and the discourse of neoliberalism. *PS: Political Science & Politics*, 51(1), 43-47.
- Fernández, J., Ramírez, C., Cerecero, D., & Bojórquez, I. (2014). Deported Mexican Migrants: Health Status and Access to Care. *Revista de Saúde Pública*, 48(3), 78-485.
- Flick, U. (2018). *An Introduction to Qualitative Research*. Sage.
- Fontana, A., & Frey, F. (2015). La entrevista. De una posición neutral al compromiso político. En K. Denzin & Y. Lincoln (Ccomp.), *Métodos de recolección y análisis de datos. Manual de Investigación cualitativa. Vol.IV*. (140-202) Gedisa.
- Guanais, F. (2023, Noviembre 6) Panorama de la Salud 2023 Indicadores OCDE. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/Panorama-de-la-Salud-2023-LAC-launch.pdf>
- Guber, R. (2012). *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Siglo XXI Editores.
- Guber, R., Milstein, D., & Schiavoni, L. (2014). La reflexividad o el análisis de datos. Tres antropólogas de campo. En R. Guber, (Ed.), *Prácticas etnográficas. Ejercicios de reflexividad de antropólogas de campo* (41-63). Miño and Dávila Editorial.
- Jave, Iris. (2021). *Diagnóstico sobre albergues para personas migrantes venezolanas en el Perú: análisis de los impactos psicosociales durante la emergencia sanitaria* Coordinadora de la investigación. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Llanes, N., Bojórquez, I., & Odgers, O. (2023). Oferta de servicios de salud sexual y reproductiva a personas migrantes centroamericanas en Tijuana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47, Artículo e56. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.56>

- Lomelí, L. (2020). La economía de la salud en México. *Revista CEPAL*, 132, dic., 95-208.
- Martínez, N. (2013). *Un sistema en busca de salud. Desarrollo, declive y renovación del sistema de salud mexicano*. Fondo de Cultura Económica.
- McGoey, L. (2015). *No such thing as a free gift: the Gates Foundation and the price of philanthropy*, Verso.
- Médicos Sin Fronteras. (2020) *Informe. Sin salida: la crisis humanitaria de la población migrante y solicitante de asilo atrapada entre Estados Unidos, México y el triángulo norte de Centroamérica (TNCA)*. <https://www.msf.mx/document/informe-sin-salida-2/>
- Morris, B., & Zunia, E. (2019) *IRC needs assessment report: Mexico-northern border. International Rescue Committee*, <https://rescue.org/report/irc-needs-assessment-report-mexico-northern-border>
- Piketty, T. (2020). *Capital e ideología*. Grano de sal.
- Reich, R. (2018). *Just Giving: Why Philanthropy Is Failing Democracy and How It Can Do Better*, Princeton University Press. <https://doi:10.1017/S1537592719003256>
- Requena, P., Recalde, F., Betés, C., Redondo, M., & Betelú, J. (2015). *Guía de Acercamiento a la Población Inmigrante Sin Hogar con Enfermedad Mental*. <https://doczz.es/doc/99829/descarga-la-gu%C3%ADa-de-acercamiento-a-la-poblaci%C3%B3n>
- Rincón, E. (2018, enero-abril). La sociedad civil organizada responde al impacto de políticas públicas: Las políticas sociales como factor causal del rol asistencialista de organizaciones de la sociedad civil (OSC) pro migrantes en Tijuana. *Gestión y Política Pública*, XXVII(1), 181-209.
- Rivera, L. (2019). *¿Volver a casa? Migrantes de retorno en América Latina. Debates, tendencias y experiencias divergentes*. El Colegio de México.
- Rosales, Y., Bojorquez, I., Leyva, R., & Infante, C. (2017). Oferta de servicios de salud a migrantes repatriados por Tijuana, Baja California: Cooperación y capacidad de respuesta interinstitucional. *Frontera Norte*, 29(57), 107-130.
- Sovilla, B., & Díaz, A. M. (2022). Del Seguro Popular al Insabi: ¿Por qué recentralizar el gasto público en salud en México? *Gestión y política pública*, 31(2), 63-94.
- Suárez, A., & Arenas, R. (2013). La saturación teórica en la teoría fundamentada: su delimitación en el análisis de trayectorias de vida de

víctimas del desplazamiento forzado en Colombia.
Revista Colombiana de Sociología, 36 (2), 93-114.

Valdez, R., Marín, E., & Torres, M. (2021).

Análisis comparativo del marco legal en salud mental y suicidio en México. *Salud Pública de México*, 63(4), 554-564.

Velasco, L., & Hernández, R. (2021)

Salir de las sombras: La visibilidad organizada en las caravanas de migrantes centroamericanas. En C. Contreras, M. D. París & L. Velasco (Coords.), *Caravanas migrantes y desplazamientos colectivos en la frontera México-Estados Unidos* (103-129). El Colegio de la Frontera Norte.

Willen, S.S., Knipper, M., Abadía, C.E., & Davidovitch, N. (2017).

Syndemic vulnerability and the right to health. *Lancet*, 389, 964-977.

Zimmerman, C., Kiss, L., & Hossain, M. (2011).

Migration and health: a framework for 21st century policy-making. *PLOS Medicine*, 8(5), Artículo e1001034. [https:// doi:10.1371/journal.pmed.1001034](https://doi:10.1371/journal.pmed.1001034)

Alianzas Socio-Técnicas y Políticas de Medicamentos: perspectivas desde la crisis Argentina del 2001

Socio-technical alliances and drug policy: perspectives from the Argentinean Crisis of 2001

Guillermo Santos[♦]

Universidad Nacional de Quilmes

ORCID:0009-0004-2234-5947

Fecha de recepción: 10 de mayo del 2024

Fecha de aceptación: 9 de julio del 2024

ISSN: 2415-2498

Santos, Guillermo (2024). «Alianzas Socio-Técnicas y Políticas de Medicamentos: perspectivas desde la crisis Argentina del 2001». *Politai: Revista de Ciencia Política*, Año 15, N.º 24: pp. 61-87.

DOI: <https://doi.org/10.18800/politai.202401.003>

♦ Sociólogo e historiador de la Universidad Nacional de Quilmes (Argentina). Magíster en Historia Social y doctor en Ciencias Sociales y Humanidades (UNLu-Argentina). Su línea de investigación se centra en el análisis socio-técnico en temas de salud, energía y educación. Actualmente es investigador del Instituto de Estudios sobre la Ciencia y la Tecnología (IESCT-UNQ) y director de la Licenciatura en Ciencias Sociales y Humanidades (virtual) en la Universidad Nacional de Quilmes. Correo electrónico: guimarsan@gmail.com

RESUMEN

El objetivo de este artículo es analizar la dinámica problema-solución vinculada a la disponibilidad y acceso de la población argentina a medicamentos como consecuencia de la crisis social, económica, política y sanitaria que afectó a la Argentina en el año 2001.

Interesa analizar los alcances, características y limitaciones que tuvieron las políticas públicas implementadas por el gobierno argentino entre los años 2002 y 2008, cuyos objetivos fueron resolver el problema de la falta de acceso a medicamentos que afectaba a los sectores más vulnerables de la Argentina.

La reconstrucción analítica de esta dinámica socio-institucional aportará una mejor comprensión del proceso de co-construcción de políticas públicas, normativas, artefactos, intereses económicos, ideologías y dinámicas de desarrollo tecno-productivos inclusivas, y ofrecerá nuevas explicaciones acerca del funcionamiento/no funcionamiento de las políticas públicas implementadas para solucionar problemas sociales vinculados al acceso de la población a medicamentos.

Se sostiene en este artículo que la política pública no constituye sólo el ejercicio de una voluntad vertical y centralizada, sino que es más bien el resultado del alineamiento y coordinación de un conjunto heterogéneo de elementos que se vinculan horizontalmente y que permiten que las políticas públicas se consoliden o desestabilicen.

Este artículo se enmarca en un abordaje socio-técnico proveniente de la sociología constructivista de la tecnología (Bijker, 1995; Pinch y Bijker, 2008; Thomas, 2008, Santos y Thomas, 2016), que combina herramientas de análisis de la sociología constructivista y del análisis de políticas públicas. La capacidad descriptiva y explicativa de un abordaje de este tipo deriva de la posibilidad de generar una reconstrucción analítica de las complejas relaciones entre usuarios y herramientas, actores y artefactos, instituciones y sistemas normativos, ideologías e intereses económicos, donde en el mismo acto en que se diseñan e implementan políticas públicas, se construyen órdenes jurídico-políticos, organizaciones sociales y sistemas tecno-productivos.

Dos conceptos clave guían el análisis de este artículo: “funcionamiento/no funcionamiento” y “alianza socio-técnica”. El primero, es el resultado de un proceso de co-construcción social y normativa en el que intervienen, normalmente de forma auto-organizada, elementos heterogéneos: condiciones materiales, sistemas, conocimientos, regulaciones, financiamiento, prestaciones, etc. Supone complejos procesos de adecuación de respuestas/soluciones a concretas y particulares articulaciones socio-institucionales históricamente situadas. El segundo concepto, la alianza socio-técnica, es una reconstrucción analítica de una coalición de elementos heterogéneos implicados en el proceso de construcción de funciona-

miento/no funcionamiento de una política pública. En otros términos, una alianza socio-técnica constituye un movimiento de alineamiento y coordinación de: artefactos, ideologías, regulaciones, conocimientos, instituciones, actores sociales, recursos económicos, condiciones ambientales, materiales, etc. que viabilizan o impiden la estabilización de la adecuación socio-técnica de una política y su funcionamiento.

Palabras clave: *Medicamentos – políticas públicas – funcionamiento/no funcionamiento – alianza socio-técnica*

ABSTRACT

The aim of this article is to analyse the problem-solution dynamics linked to the availability of and access to medicines for the Argentine population as a result of the social, economic, political and health crisis that affected Argentina in 2001.

It is interesting to analyse the scope, characteristics and limitations of the public policies implemented by the Argentinean government between 2002 and 2008, whose objectives were to solve the problem of the lack of access to medicines that affected the most vulnerable sectors of the Argentinean population.

The analytical reconstruction of this socio-institutional dynamic will provide a better understanding of the process of co-construction of public policies, regulations, artefacts, economic interests, ideologies and inclusive techno-productive development dynamics, and will offer new explanations about the functioning/non-functioning of the public policies implemented to solve social problems linked to the population's access to medicines.

This article argues that public policy is not only the exercise of a vertical and centralised will, but rather the result of the alignment and coordination of a heterogeneous set of elements that are horizontally linked and that allow public policies to consolidate or destabilise.

This article is framed within a socio-technical approach (Bijker, 1995; Pinch y Bijker, 2008; Thomas, 2008, Santos y Thomas, 2016), which combines analytical tools from constructivist sociology and public policy analysis. The descriptive and explanatory capacity of such an approach derives from the possibility of generating an analytical reconstruction of the complex relationships between users and tools, actors and artefacts, institutions and normative systems, ideologies and economic interests, where in the same act in which public policies are designed and implemented, legal-political orders, social organisations and techno-productive systems are constructed.

Two key concepts guide the analysis of this article: 'functioning/non-functioning' and 'socio-technical alliance'. The for-

mer is the result of a process of social and normative co-construction in which heterogeneous elements intervene, usually in a self-organised way: material conditions, systems, knowledge, regulations, financing, benefits, etc. It involves complex processes of tailoring responses/solutions to specific and particular historically situated socio-institutional articulations. The second concept, the socio-technical alliance, is an analytical reconstruction of a coalition of heterogeneous elements involved in the process of constructing the functioning/non-functioning of a public policy. In other words, a socio-technical alliance constitutes a movement of alignment and coordination of: artefacts, ideologies, regulations, knowledge, institutions, social actors, economic resources, environmental conditions, materials, etc. that make possible or impede the stabilisation of the socio-technical adequacy of a policy and its functioning.

Keywords: *Medicines - public policies - functioning/non-functioning - socio-technical alliance.*

1. Introducción

La disponibilidad y acceso a medicamentos constituyen problemas que han adquirido relevancia dramática en la Argentina a partir de la crisis política, económica, social y sanitaria que afectó al país en el año 2001. Como respuesta a esta situación, el presidente interino argentino Eduardo Duhalde declaró la emergencia sanitaria nacional en el año 2002 e implementó un conjunto de medidas para garantizar la producción de medicamentos y el acceso a ellos por parte de la población.

Sin embargo, esta problemática construida en torno a la producción y distribución de especialidades medicinales no tuvo unanimidad de opiniones y diagnósticos. Al contrario, el problema de la disponibilidad y acceso de la población a medicamentos luego de la crisis del año 2001 fue significada de diferentes maneras por distintos grupos de actores sociales. En función de esta flexibilidad de interpretaciones, fueron diseñadas e implementadas distintas políticas que estructuraron un sistema de resolución de problemas, que le dio a la política de medicamentos en Argentina una orientación y un sentido que perduran hasta la actualidad.

El objetivo de este artículo es analizar la dinámica problema-solución vinculada a la disponibilidad y acceso de la población argentina a medicamentos como consecuencia de la crisis del año 2001.

Interesa analizar los alcances, características y limitaciones que tuvieron las políticas públicas implementadas por el gobierno argentino entre los años 2002 y 2008, cuyos objetivos fueron resolver el problema de la falta de acceso a medicamentos que afectaba a los sectores más vulnerables de la Argentina.

Se mostrará que el problema del acceso de la población a los medicamentos en las últimas décadas fue significado de diferentes maneras por distintos grupos de actores sociales, y que en función de esta flexibilidad de interpretaciones se diseñaron e implementaron distintas soluciones. Se mostrará la existencia de dos alianzas socio-técnicas en el período analizado, que explican los conflictos de intereses entre los diferentes actores sociales, las regulaciones del Estado resultantes y la implicación del sector privado como actor relevante en la producción y distribución de medicamentos.

A través de la reconstrucción analítica de esta dinámica problema-solución se pretende aportar una mejor comprensión de los procesos de co-construcción de políticas y normativas, conocimientos, formación de recursos humanos especializados y dinámicas de desarrollo productivo. Se pretende, a su vez, ofrecer nuevas explicaciones acerca de las condiciones de viabilidad de este tipo de políticas en escenarios socio-históricos y económicos cambiantes.

En este sentido, el análisis de las políticas de producción de medicamentos permitirá reflexionar acerca de los problemas vinculados al sentido común del diseño e implementación de políticas públicas orientadas a resolver problemas de gravedad social. Este análisis permitirá a su vez proponer nuevos insumos para la generación de políticas públicas y estrategias institucionales de desarrollo social más inclusivas y sustentables.

Este documento se articula en tres partes: una primera destinada a establecer la problemática de este trabajo, así como su base teórico-conceptual y metodológica; una segunda parte, donde se analiza la dinámica problema-solución construida en torno a las políticas implementadas entre los años 2002 y 2008. Se argumenta que el acceso de la población a medicamentos fue significado de distintas maneras por distintos grupos de actores (Ministerio de Salud de la Nación, organismos de control, laboratorios públicos elaboradores

de medicamentos, laboratorios privados, cámaras empresariales, grupos de opinión, etc.) y en función de esta flexibilidad de interpretaciones se diseñaron e implementaron distintas soluciones.

Finalmente, la tercera parte aporta algunas conclusiones significativas. Se mostrará que las políticas de inclusión, como las que garantizan disponibilidad y acceso a medicamentos a la población en general, no funcionan sólo porque resuelven problemas puntuales, sino porque las redes y alianzas en las cuales se insertan son eficientes en la generación de procesos de cambio y desarrollo social. Así, la política pública no es el resultado de una decisión racional, sino de la acción de actores heterogéneos dispuestos en distintas configuraciones institucionales, en las que adquieren función y sentido.

Dos conceptos articulan el análisis de la trayectoria socio-institucional de la producción y distribución de medicamentos: funcionamiento/no funcionamiento y alianza socio-técnica (Thomas y Santos, 2016; Santos, 2018).

El “funcionamiento” o “no-funcionamiento” de un artefacto, política o sistema productivo es el resultado de un proceso de co-construcción social y normativa en el que intervienen, normalmente de forma auto-organizada, elementos heterogéneos: condiciones materiales, sistemas, conocimientos, regulaciones, financiamiento, prestaciones, etc. Supone complejos procesos de adecuación de respuestas/soluciones a concretas y particulares articulaciones socio-institucionales históricamente situadas.

Por su parte, este análisis del funcionamiento o no funcionamiento de una política o sistema socio-productivo, como el de la producción de medicamentos, se complementa analíticamente con el concepto de alianza socio-técnica. Una alianza socio-técnica es una reconstrucción analítica de una coalición de elementos heterogéneos implicados en el proceso de construcción de funcionamiento/no funcionamiento de una política pública. En otros términos, una alianza socio-técnica constituye un movimiento de alineamiento y coordinación de: artefactos, ideologías, regulaciones, conocimientos, instituciones, actores sociales, recursos económicos, condiciones ambientales, materiales, etc. que viabilizan o impiden la estabilización de la adecuación socio-técnica de una política y su funcionamiento.

La investigación, cuyos resultados se exponen en este artículo, se basó en una metodología cualitativa, orientada al análisis de la producción pública de medicamentos y de las políticas públicas implementadas por el gobierno argentino luego de la crisis del año 2001.

La primera etapa de la investigación se inició con el relevamiento y sistematización de las experiencias estatales (nacionales, provinciales y/o municipales) de producción de medicamentos, y de las instituciones vinculadas a las mismas (instituciones públicas de I+D, universidades, agencias gubernamentales, empresas públicas, etc.).

El relevamiento de las experiencias estatales tuvo por objetivo registrar la mayor cantidad posible de experiencias de desarrollo e implementación de producción pública de medicamentos en instituciones de I+D, agencias gubernamentales, universidades, empresas públicas, etc., a escala nacional, provincial y municipal. Dada la naturaleza del relevamiento de experiencias, fue conveniente la aplicación de un conjunto acotado de técnicas de detección:

- bases de datos sobre Tecnologías Sociales (generales, sectoriales, institucionales),
- entrevistas con informantes clave,
- relevamiento de registros oficiales e institucionales,
- relevamiento de fuentes secundarias.

El análisis de las experiencias de producción pública de medicamentos a escala nacional, provincial y municipal se orientó a dimensionar el alcance y escala de las experiencias desa-

rrolladas, localizar su implementación e identificar fenómenos significativos: conformación de redes, dinámicas usuario-productor, intervención del estado (nacional, provincial, municipal), intervención de agencias internacionales, construcción de relaciones problema-solución, dinámicas de cooperación inter-institucional, entre otros.

La información relevada fue sistematizada en diferentes formatos, privilegiándose la confección de mapas nacionales y regionales de capacidades institucionales de desarrollo e implementación de producción pública de medicamentos, los registros y directorios de experiencias tecnológicas, grupos y capacidades, y la generación de indicadores de desempeño.

Breve estado de la cuestión

Si bien existe una amplia variedad de trabajos sobre las políticas de medicamentos en América Latina, el tema de la producción pública ha sido poco desarrollado. Se pueden identificar algunos trabajos que han abordado el tema desde distintos campos disciplinares. Así, por ejemplo, pueden citarse a Ignacio Katz (2003) y Ginés González García et al. (2005) desde los estudios sociales de la salud; y a otros académicos que han analizado el tema desde el campo de la historia económica y de la economía de la salud (Porcel, 2001; Tobar, 2002 y 2004; Apella, 2006; di Salvo y Román, 2009; Román y di Salvo, 2010; Maceira et al., 2010; Bramuglia, Godio y Abrutzky, 2012). Estos trabajos, aunque coinciden en general acerca de la importancia estratégica que la producción pública de medicamentos tiene dentro de las políticas de salud, presentan algunas divergencias en cuanto al sentido de la producción pública, su orientación y las estrategias consideradas relevantes para su promoción e implementación. Así, por ejemplo, Evangelina Martich (2014) señala que las políticas de salud, en tanto políticas sociales, constituyen un derecho inherente a la condición de ciudadanía y, por lo tanto, los medicamentos deben ser considerados como bienes estratégicos que garanticen el derecho de la población para acceder a ellos.

Por su parte, el tema de la industria farmacéutica privada y su relación con el Estado –conflictiva o complementaria– forma parte de las discusiones sobre la viabilidad de la producción pública y su posible orientación estratégica. Así, por ejemplo, Cristina Bramuglia, Cristina Godio y Rosana Abrutzky (2012) describen las características generales y específicas de la industria farmacéutica en Argentina y el lugar que la producción pública de medicamentos tiene en ella. Las autoras señalan que la producción pública de medicamentos tiene una participación relativa en el conjunto de la producción farmacéutica argentina cercana al 15% en términos de su valor de producción y agregan que la producción pública abastece un segmento del mercado farmacéutico constituido por más del 50% de la población sin cobertura en Argentina. La industria farmacéutica en general, y la producción pública de medicamentos en particular, son analizadas también por Viviana Román y María Teresa di Salvio (2010). Las investigadoras sostienen que, si bien el Estado argentino fabrica una cantidad relativamente significativa de medicamentos, no ha puesto en práctica acciones de coordinación y planificación que impacten positivamente en una política de producción pública de medicamentos.

A pesar de estos esfuerzos, siguen siendo escasos los trabajos orientados al análisis de estas experiencias desde una perspectiva socio-técnica. Con este artículo se pretende contribuir a estos debates para que puedan convertirse en insumos adecuados para el desarrollo de políticas públicas de producción de medicamentos.

2. La disponibilidad y acceso a medicamentos como problema de política pública

Los medicamentos son artefactos esenciales para la preservación de la salud. Constituyen insumos fundamentales para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. En estos sentidos, los medicamentos no son cualquier tipo de artefactos.

Son bienes producidos industrialmente y comercializados a gran escala. Su consumo satisface requerimientos y deseos de las personas, aunque muchas veces no representan necesidades sanitarias reales. Ante todo, sin embargo, los medicamentos son bienes sociales y en tal sentido la problemática en torno a su producción y distribución no puede ser considerada solamente en términos comerciales. Tampoco en términos exclusivamente terapéuticos. Es todo eso y más.

Los medicamentos no sólo se definen por sus propiedades bioquímicas, formas y contenidos de presentación, sino también por los significados que tienen para una cultura determinada. Son parte del modo en que la salud es significada por cada sociedad. O, en otros términos, el significado que tienen los medicamentos para una sociedad está asociado a valoraciones referidas a sus formas de presentación y envase, indicaciones terapéuticas, colores, sabores, etc. Pero también a la manera como son comercializados. Y por supuesto, consumidos.

Sin embargo, el consumo de medicamentos presenta características similares a las que presentan otros bienes considerados valiosos. Vale decir, se compra cada vez más, pero a la vez se concentra también más en los mismos países y/o sectores sociales. Así, por ejemplo, el 70% del gasto en medicamentos se concentra en América del Norte y Europa Occidental. Por su parte, en los países en desarrollo, donde vive el 75% de la humanidad, se consume sólo el 8% de los productos farmacéuticos. En el caso de Argentina, en el año 2003 el 40% de la población más pobre de la Argentina destinaba a medicamentos dos tercios de su gasto en salud, mientras que en el 20% de la población más rica, los medicamentos representaban tan sólo un cuarto de ese gasto (González García et al., 2005: 58).

Estas cifras permiten aseverar que el consumo de medicamentos sigue, en líneas generales, la tendencia de la capacidad de consumo de la población. Además, como la cobertura de seguridad social es menor en los sectores de menores ingresos, este sector de la población llega a destinar un 85% del valor de los medicamentos de sus propios bolsillos, mientras que los sectores más ricos de la sociedad gastan un 48% (Jorrat et al., 2003).

Son varias las razones que se aducen para explicar por qué las personas de menores ingresos suelen gastar proporcionalmente más en medicamentos que los sectores más ricos. Así, por ejemplo, Ginés González García (2005: 134) señala que si bien los servicios públicos de salud son gratuitos, hasta la aparición del Plan Remediar¹¹ no existía en la Argentina una provisión generalizada de medicamentos en los centros de atención de la salud. Menciona también que las personas suelen asistir a la consulta médica en el momento que se encuentran enfermos y casi sin posibilidades de evitar la compra de medicamentos. También se menciona que las personas con menores recursos suelen tener pocas posibilidades de acceder a los precios menores que muchas veces ofrecen las grandes farmacias.

¹¹ El Plan REMEDIAR es un programa implementado en Argentina que tiene como objetivo principal mejorar el acceso de la población a los medicamentos esenciales. Fue lanzado en el año 2002 y se enfoca en distribuir medicamentos gratuitos a través de centros de atención primaria de salud en todo el país. Este programa está dirigido especialmente a personas sin seguro de salud o con recursos limitados, brindándoles acceso a tratamientos para enfermedades crónicas y agudas.

Estas condiciones se vieron agravadas en la Argentina a partir del año 2001. En efecto, la crisis política, social y económica ocurrida en la Argentina en el año 2001 constituyó un desafío de primer orden en términos de garantizar el derecho a la salud. En las últimas tres décadas del siglo veinte, la Argentina ingresó en una etapa de acumulación del capital que provocó importantes y profundas transformaciones sociales, y que modificaron las lógicas y los contenidos de los procesos de integración/exclusión en el país. En su conjunto, como afirma Maristella Svampa, estas transformaciones estructurales impulsaron un notorio incremento de la desigualdad en el interior de la sociedad y “[...] conllevaron una fuerte desregulación económica y una reestructuración global del Estado, lo cual terminó por acentuar las desigualdades existentes, al tiempo que generó nuevos procesos de exclusión, que afectaron a un conglomerado amplio de sectores sociales” (Svampa, 2005: 10).

El acceso de amplios sectores de la población al consumo de medicamentos no estuvo ausente de esos procesos de desregulación económica y exclusión social y constituyó un problema que adquirió relevancia dramática a partir de la ya mencionada crisis del año 2001, que significó, entre otras cosas, una verdadera crisis sanitaria. En efecto, estudios recientes muestran que en los primeros años del siglo veintiuno, en un contexto en el que casi el 50% de la población era pobre y entre ellos un 25% se encontraba bajo la línea de pobreza, el 49% de los hogares más pobres de la Argentina no pudo acceder a los medicamentos que les fueron indicados para el tratamiento de diversas patologías (Apella, 2006; Bramuglia, C. et al., 2012; Tobar, 2004). Por su parte, el ex Ministro de Salud de la Nación Argentina, Ginés González García, estimó que para el año 2001 entre el 40% y el 50% de la población argentina tuvo graves problemas de acceso a los medicamentos esenciales (González García et al., 2005: 148).

Durante los años noventa, el financiamiento del sistema de salud se tornó más vulnerable, avanzando en un modelo más regresivo acorde con la lógica desregulatoria antes enunciada. Así, los sectores sociales más postergados de la población necesitaron de mayores pagos de sus propios bolsillos en porcentaje de su ingreso para hacer frente a sus gastos sanitarios (Maceira, 2004). Dentro de ellos, la participación del gasto en medicamentos fue significativa, representando, según el análisis de la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares de 1996/1997, aproximadamente dos tercios del gasto total en el primer quintil de la población (Maceira, 2004: 13).

Por su parte, Ignacio Apella (2006) muestra la relación entre el gasto en salud, desagregado en servicios de salud y medicamentos, y el nivel de ingreso de los hogares, y observa la existencia de una relación negativa y significativa entre el gasto en salud, como porcentaje del ingreso, y el ingreso de los hogares. Vale decir, a menor nivel de ingreso, mayor es la proporción dedicada a gasto de bolsillo en salud (cuadro 1):

Cuadro 1:

Gasto medio en salud de los individuos, por tipo de gasto y quintil de ingreso, como porcentaje del ingreso medio. Año 2003.					
Rubro/Quintil	I	II	III	IV	V
Gasto en medicamento	11.3	8.7	9.0	6.2	3.3
Gasto en servicios de salud	4.5	5.7	6.0	4.6	4.3
Gasto total en salud	15.7	14.4	15.0	10.8	7.6

Fuente: Apella (2006: 7).

Como se puede observar en el cuadro anterior, la regresividad que presenta el gasto en salud de los distintos sectores sociales se explica por el gasto en medicamentos, implicando un mayor esfuerzo financiero por parte de los hogares pertenecientes a los quintiles más pobres para hacer efectiva su demanda potencial. En este sentido, la participación del gasto en medicamentos sobre el ingreso de los individuos pertenecientes al quintil más pobre es de 11,3%, en tanto el quinto quintil destina sólo el 3,3 por ciento.

Al observar el porcentaje de la población que, habiéndole sido recetado algún medicamento pudo acceder a su consumo en el año 2001, Ignacio Apella (2006) muestra asimismo que el 23,29 por ciento de los hogares no realizó el consumo de medicamentos. En términos de quintiles, el 49 por ciento de los hogares pertenecientes al primer quintil no accedió a los medicamentos que le fueran recetados, en tanto que el 94 por ciento de los hogares del quinto quintil logró hacerlo (cuadro 2):

Cuadro 2:

Acceso de los hogares a medicamentos. Año 2001.-en %-						
Acceso a medicamentos /Quintil	I	II	III	IV	V	Total
Sí	51.41	70.44	79.82	97.39	93.71	76.71
No	48.59	29.56	20.18	12.61	6.29	23.29

Fuente: Apella (2006: 7).

Estos datos muestran que la recesión que sufrió el país a partir de fines de la década de los años noventa –y que alcanzó su máxima expresión en la crisis del año 2001– llevó a que cada vez menos personas pudieran acceder a medicamentos que les fueron indicados. Se estima que de 482 millones de unidades consumidas efectivamente en el país en 1992 se pasó a sólo 277 millones en el año 2002. Como afirma el ex ministro de Salud de la Nación, [...] la lógica era simple: tenían acceso al medicamento sólo los que tenían dinero y trabajo. Como en la Argentina ambos escaseaban, la situación había empeorado y la sufrían los que más necesidad y menos dinero tenían (González García, 2005: 131).

Frente a esta situación en el año 2002, en el marco de la emergencia social, económica y sanitaria, y con el objetivo de promover el acceso de la población a los medicamentos esenciales, el Ministerio de Salud de la Nación formuló una política nacional de medicamentos, basada en tres ejes principales:

- 1) la prescripción de los medicamentos por su nombre genérico (ley nacional n° 25.649);
- 2) la selectividad en la financiación de los medicamentos por los seguros de salud (decreto n° 486/02); y
- 3) la provisión pública a través de diversos programas públicos, como el Plan Remediador.

En su conjunto, estas medidas estuvieron dirigidas a mejorar las condiciones de acceso de la población con capacidad financiera y/o con un sistema de co-financiamiento de los medicamentos. En este sentido, el uso del nombre genérico o “Denominación Común Internacional”, fue establecido con el fin de lograr una mayor competencia por precio entre las distintas alternativas comerciales de un mismo tipo de medicamento. Por otra parte, la financiación selectiva enumera explícitamente cuáles medicamentos deben ser incluidos en la financiación pública o colectiva –obras sociales–.

El tercer componente de la política nacional de medicamentos consistió en un programa de provisión pública. Si las medidas anteriores alcanzaban a aquellas personas que contaban con cobertura de salud y/o recursos para acceder a los medicamentos, un gran porcentaje de la población dependía exclusivamente del sistema de salud público para el acceso a los mismos. Para hacer frente a este problema, se creó el Programa Remediar, que consistía en la entrega gratuita de medicamentos en centros de atención de la salud de todo el país.

Sin embargo, este conjunto de medidas tenía en común una estrategia basada esencialmente en la compra de medicamentos por parte del Estado que, no sólo ejerce una presión significativa sobre el presupuesto nacional de salud, sino que también implica una práctica que no es sustentable en el tiempo en términos presupuestarios.

En primer lugar, porque las empresas farmacéuticas no forman sus precios sobre una estructura de costos de producción, sino que se rigen por valores de mercado, espacio en el cual la industria farmacéutica, altamente oligopólica, tiende a prácticas colusivas y no de competencia. Y, en segundo lugar, porque los laboratorios privados no producen medicamentos de reconocida acción terapéutica, aunque de escasa rentabilidad como los denominados huérfanos, que se utilizan en el tratamiento de Chagas, la hidatidosis o la tuberculosis, entre otras patologías. Así, como afirma Martín Isturiz, “[...] establecer políticas públicas de abastecimiento de medicamentos para planes sociales direccionadas sobre el eje de la compra, las vuelve muy vulnerables al significativo poder de las grandes empresas farmacéuticas y a los avatares de una economía de mercado” (2011: 113).

Desde la implementación del programa nacional de medicamentos en el año 2002 diversos grupos de opinión, científicos, instituciones de ciencia y tecnología, laboratorios públicos y universidades nacionales sostuvieron y alentaron la implementación de un cuarto eje, que se sumara a las otras tres medidas anteriormente enunciadas, y que estuviera basado en el financiamiento y provisión de medicamentos a través de la producción pública.

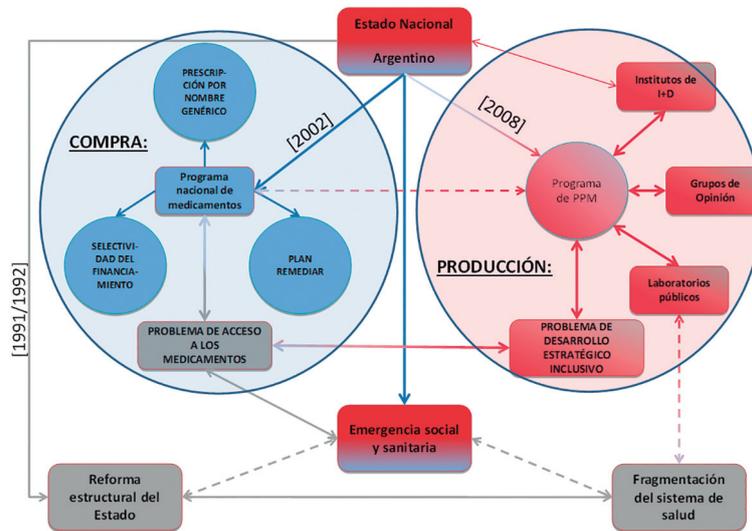
En esa dirección, desde el Estado nacional se promovió e impulsó en el año 2008 la creación del Programa Nacional para la Producción Pública de Medicamentos, Vacunas y Productos Médicos, cuyo primer objetivo sería la consolidación de los laboratorios públicos existentes de acuerdo con el marco regulatorio vigente.

Además, el programa se complementaba con la vinculación con universidades nacionales y organismos de ciencia y tecnología, como instrumentos para articular la producción de medicamentos con investigación y desarrollo.

Este último tipo de experiencias –las vinculadas a la producción pública de medicamentos– son las que pueden ser comprendidas como tecnologías para la inclusión social y constituyen el objeto de estudio de este trabajo.

El siguiente gráfico (gráfico 1) resume la lógica de la construcción del problema aquí analizado:

Gráfico 1:
Dinámicas problema-solución del acceso a medicamentos construidas por el Estado nacional (2002-2008):



Fuente: Elaboración propia

A modo de resumen, puede afirmarse que durante los años noventa el financiamiento del sistema de salud se tornó en la Argentina más vulnerable, avanzando en un modelo más regresivo acorde con la lógica desregulatoria de la política social y económica implementada por el gobierno nacional. En el área de la salud esto implicó que los sectores sociales más postergados de la población argentina necesitarán de mayores pagos de sus propios bolsillos en porcentaje de su ingreso para hacer frente a sus gastos sanitarios. Esta situación se vio particularmente agravada como consecuencia de la ya mencionada crisis social, política, económica y sanitaria que afectó a la Argentina en el año 2001. Frente a esta situación, tal como se pudo apreciar en el Gráfico 1, a partir del año 2002 el Ministerio de Salud de la Nación implementó una política nacional de medicamentos con el objetivo de promover el acceso de la población a especialidades medicinales y que se basó en los tres ejes principales que se han desglosado más arriba: la prescripción de los medicamentos por su nombre genérico, la selectividad en la financiación de los medicamentos por los seguros de salud y la provisión pública a través de diversos programas, como el Plan Remediar.

Sin embargo, en el marco general de las políticas de medicamentos implementadas por el gobierno nacional, la producción pública de medicamentos ocupó un espacio marginal por lo menos hasta que en el año 2008, y bajo la participación directa de un colectivo de actores sociales –entre ellos laboratorios públicos elaboradores de productos medicinales, instituciones públicas de I+D y organismos de ciencia y tecnología–, fuera implementado un programa nacional de producción pública de medicamentos. Para este colectivo de actores, el problema del acceso a los medicamentos fue significado de forma distinta al sentido otorgado por el gobierno nacional desde el año 2002, y se tradujo en la consideración de la producción pública de medicamentos como una solución adecuada a un problema más general y estructural significado en términos de desarrollo científico-tecnológico-productivo-estratégico.

Así, es posible identificar finalmente dos formas distintas de significar el problema y de orientar sus posibles soluciones: uno en términos de compra de medicamentos como estrategia principal para mejorar el acceso de la población a los medicamentos, y que fue sustentado por el gobierno nacional a partir del año 2002, y otro significado en términos de producción local y sustentable como principal forma de lograr no sólo mejores condiciones

de acceso de la población a productos medicinales, sino también como forma de impulsar el desarrollo tecno-productivo local en materia de medicamentos, vacunas y productos médicos.

A continuación, se analizará la dinámica problema-solución implementada por el gobierno argentino entre los años 2002 y 2008.

3. La construcción de la política pública de medicamentos (2002-2008)

El 2 de enero de 2002 asume como Ministro de Salud y Ambiente de la Nación el doctor Ginés González García, durante el gobierno del presidente Eduardo A. Duhalde y ratificado luego en el cargo en el año 2003 por el presidente Néstor C. Kirchner.

Las autoridades ministeriales caracterizaron la política económica y sanitaria del país en el año 2002 como de un altísimo contenido crítico. Afirmaba el entonces Ministro de Salud que:

La gravísima coyuntura, los intolerables niveles de pobreza, la crisis que afectaba al mercado de la salud, las dificultades para hacer frente a los pagos de la deuda, la parálisis productiva con su consecuente desorden fiscal y su correlato de crisis política, que alcanzaba incluso a la mayor parte de los estados provinciales, hacían insostenible el manejo de la actividad pública y el ejercicio de los deberes y obligaciones que son propios de cualquier Estado (González García et al., 2005: 204).

Ante esta situación, el Estado Nacional, por iniciativa del Ministerio de Salud y Ambiente, decretó la Emergencia Sanitaria Nacional. A través del decreto n° 486/2002 de Emergencia Sanitaria Nacional, el gobierno argentino se planteó como objetivo central de su política sanitaria garantizar la continuidad de las prestaciones de los servicios de salud. También se planteaba como prioridad garantizar el acceso a los medicamentos, fortalecer la estrategia de atención primaria, reimpulsar el Sistema de Seguridad Social y crear una política sanitaria a nivel federal.

Atendiendo a estas prioridades, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación diseñó una estrategia de solución a los problemas identificados que incluía restablecer el suministro de medicamentos e insumos en las instituciones públicas con servicios de internación. A su vez, las autoridades reconocían el problema de accesibilidad de los sectores más vulnerables de la sociedad a los medicamentos, razón por la cual la política pública preveía mecanismos para que se suministraran medicamentos para pacientes con alta vulnerabilidad social y para aquellos que padecían enfermedades infecciosas.

Por ello, en el año 2002 el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación dispuso una serie de medidas, entre las que se destacan:

- 1) La prescripción por nombre genérico o Denominación Común Internacional;
- 2) La puesta en marcha del Plan Remediar para la provisión gratuita de medicamentos esenciales para la atención primaria; y
- 3) Vinculado con la medida anterior, se dispusieron mecanismos para compras centralizadas de medicamentos por parte del Estado nacional.

La prescripción por nombre genérico, según su establecimiento por la ley n° 25.649 del 28 de agosto del 2002, se basaba en que toda receta y/o prescripción médica u odontológica debía efectuarse expresando el nombre genérico del medicamento, seguido de la forma

farmacéutica, cantidades de unidades por envase y concentración. Por su parte, el profesional farmacéutico debía informar al consumidor todas las marcas comerciales que contengan el mismo principio activo, con las mismas cantidades de unidades, forma farmacéutica y concentración, y los distintos precios de esos productos.

Para las autoridades del Ministerio, esta medida reduciría la incidencia del gasto en salud, sobre todo para las familias con menor poder adquisitivo. Esta política introduciría la competencia por precio en un contexto de mercado que, como el de medicamentos, poseía características de oligopolio (González García et al., 2005).

Más allá de la posibilidad de reducir precios de medicamentos en términos generales, la implementación de esta política benefició en particular a aquellas personas que sufrían enfermedades crónicas y que requerían tratamientos farmacológicos prolongados. Tal es el caso, por citar tan solo un ejemplo, del *enalapril*, un antihipertensivo indicado para tratar la presión arterial alta o, en combinación con otros medicamentos, para tratar la insuficiencia cardíaca. En una de sus presentaciones este medicamento obtuvo una reducción de casi el 30% en el precio de lista. También es el caso de la simvastatina, indicado para prevenir enfermedades coronarias, cuya máxima reducción fue del 81%:

(...) puede observarse el ahorro posible para el tratamiento de una dolencia crónica, en este caso (...) hipertensión e hipercolesterolemia, para lo cual utiliza enalapril, furosemida y simvastatina. El ahorro mensual por elegir la alternativa más barata permitiría reducir el costo del tratamiento de \$2.200 a poco menos de \$650 [datos de precios a junio de 2005]. Es decir, elegir la alternativa más barata permite cubrir tres años y medio más de tratamiento (González García et al., 2005: 248).

A pesar de la estimación positiva por parte del gobierno nacional de los resultados de esta medida, el funcionamiento de esta política se vio restringido por la propia ley que la impulsaba. La redacción ambigua de unos de sus artículos posibilitó una libre interpretación por parte de otros actores institucionales –cámaras farmacéuticas y médicos–, quienes siguieron indicando los medicamentos por su nombre comercial, construyendo así el no funcionamiento de esta política orientada a la reducción de precios en el mercado consumidor.

En efecto, la ley n° 25.649, que apuntaba a impulsar la producción y consumo de genéricos y similares, y reducir, por ende, el costo de los medicamentos en la canasta familiar de la salud, indicaba en el primer párrafo de su artículo segundo que (Santos, 2018): “(...) Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico (...).

Sin embargo, en su segundo párrafo puntualizaba que: (...) la receta podrá indicar además del nombre genérico el nombre o marca comercial, pero en dicho supuesto el profesional farmacéutico, a pedido del consumidor, tendrá la obligación de sustituir la misma por una especialidad medicinal de menor precio”.

Esta puntualización permitió que en el corto plazo se desvirtuaran los objetivos perseguidos y diera lugar a que la ley no se cumpliera.

Según Marcelo Peretta, secretario General del Sindicato Argentino de Farmacéuticos y Bioquímicos (SAFyB), en una nota aparecida en el diario Tiempo Argentino en el año 2014, la prescripción de medicamentos por su nombre genérico:

“(...) funcionó bien hasta 2005 y en los años sucesivos se licuó a un ritmo acelerado. El negocio de los genéricos alcanzó el 40% del mercado

a principios de 2006 pero los últimos datos de 2013 de la cámara de los genéricos lo sitúan en el mejor de los casos entre el 9 y el 10%” (Tiempo Argentino, 9/3/2014).

Por su parte, el presidente de la Cámara Argentina de Productores de Medicamentos Genéricos, Nicolás Santander, fue más enfático aún y afirmó que:

“(…) es exactamente como dicen, la ley no se cumple. Las recetas salen con nombres comerciales y en el mejor de los casos con sugerencias de marcas (...). La farmacia se ve obligada a expender los medicamentos que indica la receta porque las obras sociales así lo aceptan” (Tiempo Argentino, 9/3/2014).

Otros actores relevantes en la construcción del no funcionamiento de la mencionada ley de prescripción por nombre genérico lo constituyeron las cámaras que nuclean a los productores industriales farmacéuticos privados. Así, por ejemplo, en una entrevista realizada por el diario La Nación, el entonces presidente de la Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA), Rosendo Luis Baliardo, manifestó que:

“La ley de genéricos obliga a la prescripción de este tipo de medicamentos, pero el paciente sabe, cuando compra por marca, que hay una garantía y una trayectoria de la empresa. No hubo cambios sustanciales para nuestro sector, a pesar de que tenemos nuestros reparos” (La Nación, 4/7/2004).

Para CILFA, la calidad está dada por la marca y aunque el genérico es prescriptible, no necesariamente posee características asimilables al de marca y por ello la intercambiabilidad entre un medicamento de marca y otro genérico no debe ser automática (La Nación, 4/7/2004).

La otra medida nodal en la política de medicamentos implementada por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación fue el llamado Plan Remediar.

Al igual que la medida referida anteriormente, la implementación del programa de provisión gratuita de medicamentos esenciales para la atención en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de todo el país (Plan Remediar) fue signficada en forma positiva por parte de las autoridades de salud de la Nación argentina, aunque también generó no pocas críticas.

Este programa de provisión fue diseñado con el objetivo de optimizar el suministro de medicamentos para cubrir la mayor parte de las causas de consulta en el primer nivel de atención y, en este sentido, generar una respuesta rápida ante la situación de emergencia y la demanda insatisfecha de medicamentos.

Un elemento relevante en el diseño e implementación de este programa de provisión lo constituyó el mecanismo de adquisición de los medicamentos por parte del Estado Nacional a través de compras centralizadas de fármacos y el armado de distintos tipos de botiquines. Según información aportada por el propio programa, los botiquines son cajas estandarizadas, de tamaño único, que contienen entre 240 y 400 tratamientos, y que se distribuyen directamente en los Centros de Atención Primaria. El contenido de cada botiquín, es decir la combinación de medicamentos que el mismo incluye, determina la existencia de distintos modelos, como los modelos Pediátrico, el de la Tercera edad y el Universitario, cuyo contenido se ajusta a las enfermedades y necesidades específicas del sector de la población al que están destinados (REMEDIAR+REDES, 2015: 61).

El impacto del programa fue considerado positivo por parte de las autoridades de aplicación en por lo menos cuatro sentidos:

- El Plan Remediar generó una desconcentración de la demanda en los centros de mayor complejidad, al desplazar la atención del primer nivel de los hospitales a los centros de atención primaria. Según datos suministrados por González García et al. (2005: 260), 15 millones de personas recibieron en los CAPS en el año 2005 medicamentos gratuitos que cubrieron el 80% de las consultas realizadas;
- El mecanismo de compras centralizadas que utilizó el Estado Nacional facilitó la adquisición de los medicamentos a un costo significativamente menor que lo que se hubiese gastado a través del mercado minorista. Los datos muestran que el costo de uno de los modelos de botiquines a precio minorista hubiese implicado un costo de 982 pesos, mientras que el costo de adquisición y distribución a través del sistema de compras centralizadas fue de 182 pesos, implicando un ahorro del 81,5% (González García et al., 2005: 260). No obstante ello, el sistema de compras centralizadas continuaba implicando importantes erogaciones sobre el presupuesto nacional;
- El programa estuvo prioritariamente dirigido a un sector poblacional en particular constituido por familias pobres y/o sin cobertura formal de salud. En este sentido, durante los primeros años de implementación del Plan Remediar el 94% de los beneficiarios del programa fueron personas ubicadas bajo la línea de pobreza y un 71% bajo el de indigencia. A su vez, el 84% de los beneficiarios de Remediar no contaban con ningún tipo de cobertura formal en medicamentos (González García et al., 2005: 260); y
- En cuanto a su impacto redistributivo, el Plan Remediar implicó que el valor de los medicamentos entregados a las familias, establecido a partir del precio de venta en farmacias, significó en promedio una transferencia equivalente al 24% del ingreso per cápita familiar de los beneficiarios. En el caso de aquellas familias que se encontraban por debajo de la línea de pobreza, el aporte realizado por el programa llegó a representar un 15% del ingreso y un 41% en el caso de los beneficiarios bajo la línea de indigencia (González García et al., 2005: 261).

Como se puede apreciar, el sentido general de las medidas implementadas por parte del Ministerio de Salud de la Nación Argentina en el período aquí considerado se orientó en la práctica en dos direcciones mutuamente complementarias: por un lado, hacia la provisión pública de medicamentos, que estuvo dirigida a la atención primaria de los sectores poblacionales con altísima vulnerabilidad social, económica y sanitaria. Por otro lado, estas medidas se dirigieron hacia la intervención en el mercado de medicamentos, a través de la introducción de la competencia por precios. Esta orientación de la política pública incidió sobre un sector de la población que, cultural y económicamente, utilizaba las farmacias como principal forma de acceso a los medicamentos. Por su parte, la reducción de los precios de venta impactaba también en forma diferencial a las personas afectadas por patologías crónicas de tratamientos prolongados.

En términos generales, el conjunto de estas medidas funcionó para las autoridades del Ministerio de Salud y Ambiente en la medida en que generaron reducción en los precios, tanto en el mercado minorista, como en los precios que pagó el Estado nacional para proveer los botiquines del Programa Remediar.

A su vez, el ingreso de los diversos grupos consumidores de fármacos para el tratamiento de sus patologías también marcó un nivel de funcionamiento aceptable para las autoridades competentes.

Por su lado, las cámaras industriales farmacéuticas y los agentes del sistema de salud, como Obras Sociales y Empresas Privadas de Servicios de Salud, no se manifestaron explícitamente en contra de estas medidas. Sin embargo, en la referida a la prescripción por nombre genérico, aprovecharon uno de sus artículos para continuar prescribiendo en forma "libre", vale decir, incorporando la marca comercial.

Fue precisamente este segundo artículo de la ley n° 25.649, el que permitió una solución aceptable para la industria privada y los médicos vinculados a ella al problema significado en términos de “competencia por precio” o “de dudosa calidad del fármaco”.

Ahora bien, en el marco conjunto de estas medidas implementadas por las autoridades de salud, la producción pública de medicamentos estuvo débilmente representada en el contenido general de las políticas del Ministerio entre los años 2002 y 2008.

Para las autoridades del Ministerio de Salud, la producción pública de medicamentos podía constituir una respuesta al desabastecimiento de medicamentos en los hospitales públicos como consecuencia de la crisis económica y sanitaria que impactó de forma crítica sobre la Argentina en los años 2001 y 2002.

Sin embargo, los establecimientos públicos existentes producían presionados por las necesidades coyunturales y, según el Ministerio de Salud de la Nación, evidenciaban los siguientes problemas:

“(…) la elaboración de más de 40 remedios en los mismos equipos, en cantidades siempre insuficientes; la escasa o nula especialización; los costos insatisfactorios; la estabilidad y durabilidad por plazos muy cortos, y niveles de calidad que no alcanzaban los exigidos” (González García et al., 2005: 212).

Frente a esta evaluación de los laboratorios públicos, el Ministerio de Salud de la Nación delineó una guía de orientación para la actualización y adecuación de sus plantas, que incluía asistencia técnica del Ministerio a los laboratorios según los lineamientos de la ANMAT, capacitar recursos técnicos y profesionales en materia de Buenas Prácticas de Manufactura (BMP) recomendadas por la Organización Mundial de la Salud, estimular y fomentar la cooperación coordinada de los laboratorios para el intercambio de productos, información y experiencias, orientar la especialización de los laboratorios a un número escaso de drogas y a un único tipo para lograr especializaciones que permitieran economías de escala y obtener volúmenes de producción que posibilitaran bajar costos.

La producción pública era significada también en virtud de su capacidad potencial para la investigación y desarrollo de medicamentos no contemplados por la industria privada. Así, por ejemplo, Ginés González García argumentaba que:

(…) desde hace muchos años no se ha avanzado nada en los estudios para la prevención y tratamiento del paludismo, porque prácticamente no hay investigación en ese campo. Además, cuando estas enfermedades logran algún desarrollo exitoso, la droga muchas veces no se produce porque no hay quien pueda pagarla (...), y por eso es objeto prioritario de investigación por parte de los laboratorios estatales de la Argentina. No se vende porque no hay quien la pague. Son enfermedades de pobres, y en tanto sólo sean amenaza para ellos, por muy numerosos que sean, no son redituables y no justifican su producción en el mercado (González García et al. 2005: 277).

Estas recomendaciones y orientaciones, si bien no se llegaron a articular en un marco normativo general que permitiera reglamentar la actividad de investigación y producción desde el ámbito público, facilitaron el desarrollo de algunos laboratorios¹². La producción públi-

¹² Por ejemplo, en el período comprendido entre los años 2002 y 2008, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica de la Argentina (ANMAT) habilitó la producción farmacéutica de nueve laboratorios estatales argentinos.

ca de medicamentos fue incentivada y estimulada en el período en consideración por otros actores provenientes del sector universitario y de instituciones científicas y tecnológicas, quienes desde la movilización y el debate se propusieron instalar la producción pública de medicamentos como una solución real y posible a los problemas identificados por el Estado Nacional en relación al acceso de la población a medicamentos y al desarrollo de la industria farmacéutica pública como área de desarrollo estratégico del Estado.

A diferencia del sentido general que el Ministerio de Salud les imprimió a sus políticas sanitarias a partir del 2002, estos grupos de opinión e investigación orientaron sus propuestas de solución del problema hacia la producción y distribución de medicamentos.

Estas ideas comenzaron a ser sostenidas en el año 2003 por diversas iniciativas, entre las que se destacan especialmente los encuentros por la producción pública de medicamentos realizados conjuntamente entre la Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, la Secretaría de Extensión Universitaria de la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad Nacional de La Plata y la Unidad de Producción de Medicamentos de la misma facultad. Con participación de médicos e investigadores del CONICET, en los años 2003 y 2004 se realizaron dos encuentros (que se repitieron luego en los años 2005 y 2006) en los que se debatió acerca de la situación sectorial de la producción pública de medicamentos en la Argentina y los mecanismos más adecuados para que este sector productivo pudiera convertirse en la principal fuente de medicamentos para el Estado.

En términos generales, se coincidió en la necesidad de que el Estado nacional promulgara una ley sobre producción pública, que permitiera constituir un ente estatal coordinador de los laboratorios públicos, dentro del cual dichos laboratorios tuvieran autarquía y presupuesto propio.

Asimismo, se propuso la sanción de una ley marco que articulara a los laboratorios por regiones con un cronograma de planificación de producción escalonada y que, a partir de financiamiento estatal, se pudieran establecer criterios de control de calidad, capacitación del personal y convenios con universidades.

Si bien el Estado nacional no se manifestó explícitamente en contra de estas propuestas, no adoptó estas recomendaciones y orientó su estrategia sanitaria en las direcciones ya mencionadas: intervención en el mercado de precios con la prescripción por nombre genérico y provisión pública con el plan Remediar.

En el año 2005 se constituyó un nuevo actor conformado por un colectivo de organizaciones autodenominado “Multisectorial por la Producción Pública de Medicamentos y Vacunas”, con la finalidad de promover la producción pública de medicamentos y vacunas como área estratégica estatal en los ámbitos de Salud y Ciencia y Tecnología.

La Multisectorial estuvo conformada en sus inicios por 67 organizaciones y agrupaciones del ámbito académico, científico, social, gremial y profesional. A través de la utilización sostenida de diversos medios electrónicos comenzó a divulgar y articular actividades de promoción de la producción pública de medicamentos en ámbitos científicos, tecnológicos y políticos. La Multisectorial solicitó en los años 2006 y 2007 audiencias con distintas autoridades de gobierno nacional con dispar respuesta.

A partir de los encuentros por la producción pública y la intensa actividad de difusión de la Multisectorial se creó en el año 2007 la Red Nacional de Laboratorios Públicos (RELAP), que constituyó el primer acercamiento concreto por parte del gobierno nacional a la producción pública de medicamentos y un importante antecedente de las políticas que implementará el Ministerio de Salud a partir del año 2007.

La RELAP se creó con la participación de un colectivo de actores e instituciones entre las que se destacaban veintitrés laboratorios industriales y hospitalarios de las provincias argentinas de San Luis, Buenos Aires, La Pampa, Formosa, Córdoba, Río Negro, Santa Fe, Misiones, Tucumán, Mendoza, Corrientes y Chaco. Suscribió también la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y el Acta de Constitución de la Red fue refrendada por autoridades de la entonces Secretaría de Ciencia y Tecnología (SECyT), el Instituto de Tecnología Industrial (INTI), y la Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Según su Acta de Constitución, la RELAP se planteó como objetivos explícitos: (a) Reunirse con otras organizaciones sociales tanto locales, regionales como nacionales e internacionales, además de oficinas gubernamentales, con el propósito de generar acciones de cooperación técnica y de formación de recursos humanos, acciones de difusión, adquisición en conjunto de insumos o equipamiento, intercambio (y/o venta) de productos y servicios, gestión conjunta de financiamiento, cumplimiento de normas de calidad (BPM), así como toda acción que se considerase relevante para propósitos fundacionales de la RED; (b) Organización de eventos, actividades y proyectos que abarquen áreas de trabajo de la RED, la investigación y el desarrollo de proyectos específicos, y (c) Realizar talleres, cursos y encuentros de capacitación en el área formal y no formal sobre temas relacionados a la problemática de los medicamentos y de la salud poblacional (Salud Colectiva, 2007).

La firma de este Acta y la organización de la RELAP constituyeron un punto de inflexión en la instalación de una opinión favorable de la producción pública de medicamentos por parte del gobierno nacional. Lo que estaba implícito en esta política de coordinación entre instituciones técnicas, científicas, productivas y autoridades de gobierno era el objetivo estratégico de estimular y mejorar la producción pública de medicamentos, propiciando la investigación y el desarrollo de nuevos productos, y optimizando los costos de producción de los laboratorios a través de la realización de compras conjuntas de insumos y principios activos, la centralización de los controles de calidad a la recepción de los insumos y la búsqueda de especialización por productos para estimular las escalas de producción (García Oviedo, 2007).

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados por los grupos de interés que promovieron el funcionamiento de la red, su alcance se vio rápidamente limitado por la alta heterogeneidad de los laboratorios que formaban parte de la Red, y por la heterogeneidad jurisdiccional, dado que no todas las municipalidades y provincias ubicaban la producción pública de medicamentos como un tema relevante en su agenda.

4. Alianzas socio-técnicas en las políticas de medicamentos (2002- 2008)

Es posible afirmar que las políticas sanitarias implementadas por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación se encontraban relativamente estabilizadas en la medida en que cumplían las expectativas del gobierno nacional para enfrentar el problema vinculado al acceso de la población a medicamentos como consecuencia de la crisis sanitaria que afectaba al país. Las mismas se basaron en una estrategia general articulada en torno a la provisión de medicamentos a sectores amplios de la población. Sin embargo, no existió una clausura definitiva en torno a la implementación de estas políticas. El marco normativo que reglamentaba la política de prescripción por nombre genérico constituyó quizás su punto débil, dado que permitió a los productores farmacéuticos privados seguir prescribiendo, junto al nombre genérico, también el nombre de la marca. Así, médicos, farmacéuticos y productores se constituyeron como grupos sociales relevantes que desde la práctica coti-

diana de la prescripción y recomendación profesional reinterpretaron las reglamentaciones normativas.

Por su parte, el Plan Remediar tampoco contó con una clausura definitiva en torno a su funcionamiento. La Multisectorial por la Producción Pública de Medicamentos y Vacunas, conjuntamente con otros grupos de opinión, consideraban que, si bien el Plan Remediar solucionaba en el corto plazo los problemas referidos al acceso de población a medicamentos, el mencionado programa implicaba fuertes erogaciones para su financiamiento por parte del Estado nacional. Manifestaban que estos montos presupuestarios podrían ser reorientados a la puesta en funcionamiento productivo y normativo de la producción pública, y de esta manera abastecer al Estado nacional.

Tomando en consideración este conjunto de elementos normativos y tecno-productivos y el complejo interjuego de relaciones comerciales, productivas y políticas que fueron identificados y analizados hasta aquí, pueden identificarse dos alianzas socio-técnicas durante este período (2002-2008). Una, que se vuelve dominante en el período referido, construida en torno a la política pública de provisión de medicamentos, y otra, que se mantuvo en forma marginal a la primera -y débilmente articulada a ella- constituida en torno a la producción pública de medicamentos (ver más adelante Gráfico 2).

El punto de partida determinante para la construcción de la alianza socio-técnica que predominó en este período fue la declaración de la emergencia sanitaria en el año 2002 por parte del Estado nacional.

Esta alianza socio-técnica de la provisión pública se encuentra construida a partir de dos ejes articuladores: la prescripción de medicamentos por su nombre genérico y el Plan Remediar. A través de la prescripción de los fármacos por su nombre genérico el Ministerio de Salud buscó intervenir en el mercado de precios, bajándolos. Dos grupos de actores (consumidores) se vieron favorecidos directamente. Por un lado, quienes adquirirían los medicamentos en farmacias y, por otro lado, quienes padecían dolencias crónicas que requieren tratamiento farmacológico de mediano y largo plazo.

La ley n° 25.649 fue un elemento relevante en la construcción de esta alianza socio-técnica, aunque también constituyó su principal debilidad, dado que dejaba entrever en su artículo segundo la posibilidad de incorporar a la receta y/o prescripción el nombre comercial del medicamento.

Esta situación fue aprovechada por obras sociales y empresas de servicios médicos prepagos para seguir manteniendo la prescripción de los medicamentos por sus nombres comerciales. De la misma forma, muchos profesionales médicos y farmacéuticos continuaron la práctica de la indicación del medicamento por su nombre comercial. Los incentivos que los laboratorios otorgaban a los profesionales que recomendaban sus productos fueron elementos que contribuyeron a debilitar esta parte de la alianza socio-técnica, otorgándole una preeminencia relativa a los productores y droguerías privadas.

El otro eje articulador de la alianza socio-técnica dominante de la provisión pública fue la implementación del Plan Remediar, que proveía de medicamentos a los centros de atención primaria de la salud. El Plan Remediar integraba a la alianza a otro tipo de actores (consumidores) caracterizados en términos de pobres, como así también a población sin cobertura formal de salud y grupos focalizados, como por ejemplo la población carcelaria.

El mecanismo de compras centralizadas para la adquisición de medicamentos utilizado por el Ministerio de Salud permitió reducir los precios de compra, a la vez que incorporaba la industria privada a la alianza socio-técnica de manera directa. Esta situación fortaleció la posición dominante del sector privado en la provisión pública de medicamentos.

En este sentido, tanto la formulación contradictoria de la ley de prescripción por nombre genérico, como el sistema de adquisición de medicamentos por parte del Estado nacional constituyeron los principales puntos débiles de la alianza socio-técnica. No sólo obligaban al Estado a recurrir al crédito externo y al presupuesto nacional para la compra de medicamentos, sino que también dejaban al Estado nacional en una situación de vulnerabilidad en términos de garantizar el acceso de la población a medicamentos ante una potencial falta de oferentes privados para proveer los botiquines de Remediar.

En otros términos, estos puntos débiles de la alianza socio-técnica de la provisión pública de medicamentos contribuyeron a la construcción del no funcionamiento de la política de medicamentos desde el punto de vista del desarrollo soberano y estratégico en el área pública de salud.

La segunda alianza socio-técnica se encontraba conformada en torno a la producción pública de medicamentos. Sin embargo, esta coalición de elementos heterogéneos estuvo débilmente integrada a la alianza predominante y no se constituyó como parte de una política pública por parte del Ministerio de Salud.

El principal elemento de esta alianza fue la conformación de la Red Nacional de Laboratorios Públicos (RELAP).

Esta red estuvo integrada por una serie de laboratorios públicos, por dos organismos públicos (el INTI y la SECyT) y por diversas universidades nacionales. En su conjunto, esta conformación heterogénea le imprimió a la red legitimidad institucional y contribuyó al fortalecimiento interno de la alianza.

Si bien la RELAP sostenía que la producción pública podía constituirse como una alternativa adecuada en términos productivos y estratégicos para el sistema de provisión de medicamentos por parte del Estado nacional, las disposiciones de la ANMAT, como por ejemplo la n° 2309, que especificaba las buenas prácticas de manufactura para la industria farmacéutica, restringían significativamente la posibilidad de que los laboratorios públicos pudieran constituirse como proveedores del Plan Remediar.

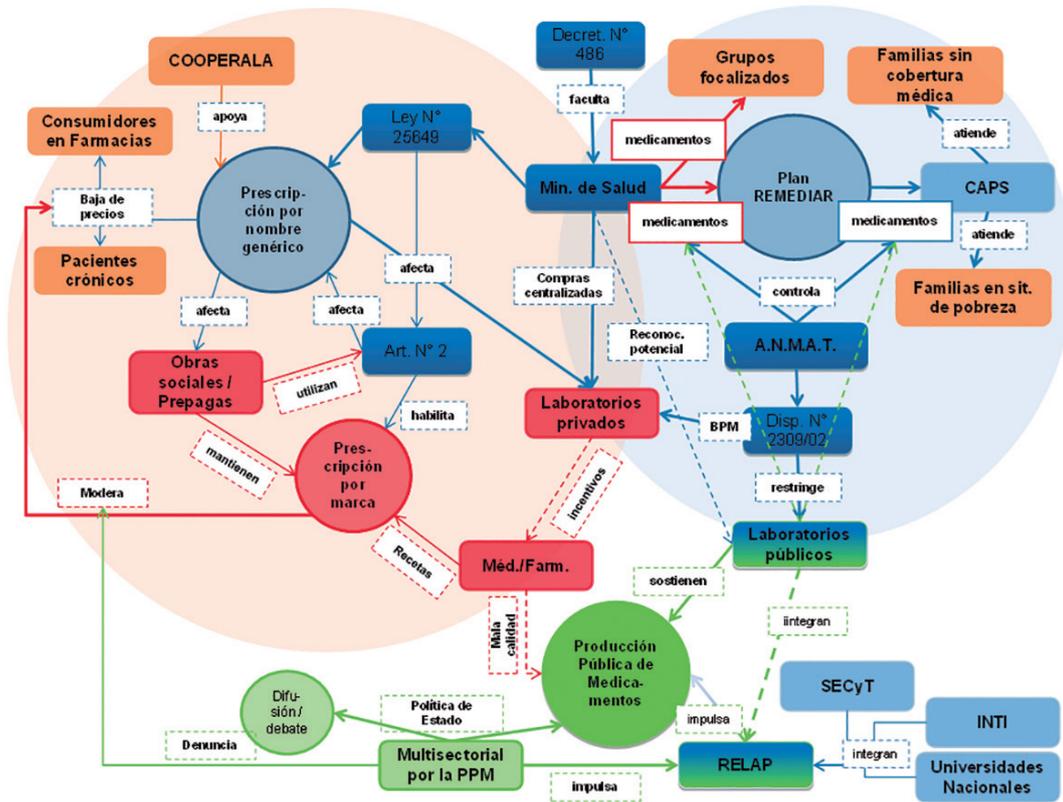
Esta alianza fue sostenida por un conjunto de organizaciones sociales, académicas y gremiales, quienes articularon diversas formas de difusión y debate para instalar la producción pública de medicamentos como solución adecuada a los problemas significados en términos de disponibilidad y accesibilidad de medicamentos.

Las superficies elípticas coloreadas en el gráfico 2 representan el peso relativo que tuvo lo público (color celeste) y lo privado (color rojo) en la alianza socio-técnica de la provisión pública de medicamentos. La mayor preponderancia del color rojo por sobre el celeste señala precisamente la debilidad estructural que tuvo la alianza socio-técnica de la provisión pública de medicamentos como parte de la estrategia estatal frente a la crisis sanitaria que afectó al país.

Cabe destacar, en definitiva, que la producción pública de medicamentos no aparece referenciada en las decisiones del Estado nacional para garantizar el acceso de la población de menores recursos económicos a bienes y servicios de salud, con especial énfasis en medicamentos.

Para los laboratorios públicos, la RELAP podía constituir una solución para acceder en forma articulada a la provisión de medicamentos a través de su participación como proveedores prioritarios del programa de provisión de medicamentos impulsado por el Ministerio de Salud.

Gráfico 2:
Alianzas socio-técnicas durante la primera fase de la trayectoria de la producción pública de medicamentos en la Argentina (2002-2008):



Fuente: Elaboración propia

5. Conclusiones

Durante el periodo 2002-2008 pueden identificarse dos alianzas socio-técnicas: una dominante, construida en torno a las medidas implementadas por el gobierno nacional; y otra, marginal a la primera, sostenida por un conjunto de instituciones de ciencia y tecnología, diversos grupos de opinión y laboratorios públicos (ver Gráfico 2).

La alianza dominante se encuentra construida en torno a dos ejes centrales: la prescripción de medicamentos por su nombre genérico, a través de la ley n° 25.649, y las compras centralizadas y posterior reparto de medicamentos a través del Plan Remediar.

Con estas medidas, el gobierno nacional buscó intervenir el mercado de medicamentos bajando sus precios, consolidar la industria privada farmacéutica de capitales nacionales y lograr el acceso de amplios sectores sociales a medicamentos. Esta alianza socio-técnica puede caracterizarse entonces en términos de provisión pública de medicamentos.

La segunda alianza socio-técnica se encuentra conformada en torno a la producción pública de medicamentos y sus ejes centrales articuladores fueron la Red Nacional de Laboratorios Públicos (RELAP) y las acciones llevadas adelante para instalar la problemática de la producción pública como solución adecuada a los problemas significados en términos de disponibilidad y accesibilidad de medicamentos.

Las superficies elípticas coloreadas representan el peso relativo que tuvo lo público (color celeste) y lo privado (color rojo) en la alianza socio-técnica de la provisión pública de medi-

camientos. La mayor preponderancia del color rojo por sobre el celeste señala precisamente la debilidad estructural que tuvo la alianza socio-técnica de la provisión pública de medicamentos como parte de la estrategia del gobierno nacional. La prescripción por denominación comercial de medicamentos, habilitada a través del artículo 2 de la ley 25.649, explica el significativo peso relativo que tuvo la industria privada (local y extranjera) durante esta fase.

De lo expresado hasta aquí se puede concluir que:

- 1) La intervención estatal en materia de medicamentos a partir del año 2002 se orientó prioritariamente a la distribución gratuita de medicamentos antes que a su producción.

La crisis política, social, económica y sanitaria que afectó a la Argentina en los años 2001 y 2002, constituyó la base que permitió colocar en la agenda estatal la producción, la distribución y el acceso a los medicamentos con una visión pública y social.

En este sentido el gobierno argentino priorizó medidas que tuvieron como objetivos abaratar los precios de los medicamentos y garantizar su acceso por parte de la población en general. Las medidas implementadas adquieren funcionamiento en el marco de una alianza socio-técnica que se constituye dominante a lo largo de todo el período y que tuvo como eje la provisión pública de medicamentos a sectores amplios de la población.

Esta alianza socio-técnica incluyó una significación del medicamento y de la política pública como instrumento para garantizar su accesibilidad en términos de necesidades sociales prioritarias que el Estado debía satisfacer.

Sin embargo, los instrumentos utilizados por el Estado nacional en tal sentido dejaron un amplio margen de maniobra a la industria farmacéutica privada, produciéndose una contradicción entre el carácter social significado en las políticas públicas de medicamentos y la articulación del sector privado como parte de las medidas implementadas.

- 2) La industria farmacéutica privada tuvo un rol preponderante en la alianza socio-técnica de la provisión pública de medicamentos, constituyéndose en el principal elemento que construyó el funcionamiento de la política estatal para garantizar el acceso de la población a los medicamentos.

El funcionamiento de la política pública de provisión gratuita de medicamentos, que implementó el Estado nacional a lo largo de todo el período analizado, se basó en la posibilidad de que la industria farmacéutica privada (y pública) pudiera abastecer los requerimientos de medicamentos del Ministerio de Salud para proveer a los distintos planes nacionales. Por su parte, la política de abaratamiento de los precios de los fármacos incluyó acuerdos de precios con las cámaras farmacéuticas y la indicación normativa para la prescripción de medicamentos por su nombre genérico.

Estas medidas articulan los ejes centrales de la alianza socio-técnica de la provisión pública de medicamentos y, a través de ellas, involucran a las empresas farmacéuticas privadas como actores centrales que constituyen el funcionamiento de las políticas públicas implementadas por el gobierno nacional.

- 3) La producción pública de medicamentos constituyó una alianza socio-técnica que tuvo a lo largo de toda su trayectoria una importancia relativa marginal como parte de la política pública estatal y estuvo débilmente articulada a la alianza dominante durante sus tres fases.

En Argentina la producción pública de medicamentos fue impulsada por un colectivo de organizaciones sociales, académicas, científicas y gremiales, quienes a través de la movilización, el debate y la opinión pública, instalaron la posibilidad de la fabricación de medicamentos desde el ámbito estatal como solución a los problemas de disponibilidad y acceso de medicamentos por parte de la población.

La construcción del funcionamiento de la producción pública de medicamentos se basó en dos elementos relevantes de la alianza socio-técnica: por un lado, la conformación de una red que articuló organismos estatales, organizaciones sociales y laboratorios públicos. A través de la misma los laboratorios públicos propusieron un programa de desarrollo para todo el sector, que involucraba la coordinación productiva de los laboratorios públicos.

Sin embargo, la inexistencia de una normativa nacional que promoviera estas iniciativas constituyó la principal debilidad de la alianza.

Cabe señalar que existió a partir del año 2002 una clausura en torno al problema de la falta de acceso de la población a los medicamentos, principalmente por la pérdida de la capacidad de compra de la población, por la falta de disponibilidad de los mismos, y por la pérdida de trabajo y sus instancias de seguridad social.

Tanto el Estado nacional como los distintos actores de la producción pública coincidían en esta significación del problema, pero las estrategias de solución fueron diferentes.

En este sentido, existió a lo largo de todo el período en cuestión una flexibilidad interpretativa en torno a la política pública de medicamentos como respuesta al problema de su accesibilidad por parte de la población. Esta divergencia de criterios se plasmó en la conformación de dos alianzas socio-técnicas.

Por un lado, una alianza constituida sobre la base de la provisión pública, que involucró al Ministerio de Salud como su principal actor relevante, y en la que la industria privada de medicamentos tuvo un rol preponderante. Por otro lado, una alianza socio-técnica articulada en torno a la producción pública e impulsada por diversas organizaciones académicas, sociales, científicas y gremiales. Para este conjunto de actores, la producción pública no sólo implicaba una solución en términos de accesibilidad de la población, sino que también implicaba estrategias de disponibilidad de medicamentos, vale decir, atendía el problema de la falta de medicamentos no cubiertos por la industria privada.

REFERENCIAS

- Apella, I. (2006). “Acceso a medicamentos y producción pública: el caso argentino”, en: Nuevos Documentos Cedés, n° 26, Buenos Aires: CEDES, ps. 28.
- Bijker, W., (1995), Of Bicycles, Bakelites, and Bulbs. Toward a Theory of Sociotechnical Change, Cambridge: The MIT Press.
- Bramuglia, C., Abrutzy, R y Godio, C. (2012). “La producción pública de medicamentos en la Argentina. Interrogantes y oportunidades”, en: Realidad Económica, n° 266, Buenos Aires, pp. 8-26.
- Di Salvo, M. T. y Román, V. (2009). “La Empresa Pública en la producción pública de medicamentos en Argentina. El caso del Laboratorio de Especialidades Medicinales de la ciudad de Rosario”, en: Anuario CEEED, N° 1, Año 1, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires, pp. 134-180.
- González García, G., De la Puente, C. y Tarragona, S. (2005). Medicamentos: salud, política y economía. Buenos Aires: ISALUD.
- Isturiz, M (2011). “La producción estatal de medicamentos en Argentina”, en: Voces en el Fénix, n° 17.
- Jorrat, J. et al. (2003). “Utilización y gasto en servicios de salud y medicamentos”, en: El futuro del acceso a los medicamentos en la Argentina, Buenos Aires: CONAPRIS.
- Katz, I. (2003). La fórmula sanitaria. Claves para una nueva gestión. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Maceira, D. (2004). “Mecanismos de protección social en salud e impacto de shocks financieros. El caso argentino”, en: Documentos del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Disponible en: <http://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2014/07/Maceira-RiskPooling-Argentina-Final-2004.pdf> (12/04/2024).
- Maceira, D. et al. (2010). “Evaluando una estrategia de intervención estatal. La producción pública de medicamentos”, Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Disponible en: http://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2014/07/FINAL_ACADEMICO_ECM__MACEIRA_2009final1.pdf (19/06/2024).

- Martich, E. (2014). "Producción pública de medicamentos en Argentina", en: OIAPSS, Observatório Ibero-americano de Políticas e Sistemas de Saúde, Brasília.
- Pinch, T. y Bijker, W. (2008). "La construcción social de hechos y artefactos: o acerca de cómo la sociología de la ciencia y la tecnología pueden beneficiarse mutuamente", en Thomas, H. et al. (coord.). Actos, actores y artefactos. Sociología de la tecnología. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Porcel, G. (2001). "Modelo neoliberal, medicamentos y política". Mimeo. Buenos Aires.
- Roman, V. y di Salvo, M.T. (2010), "La producción pública de medicamentos en Argentina: notas para su análisis", en SaberEs. Revista de Ciencias Económicas y Estadística, n°2. Disponible en: <http://www.saberes.fcecon.unr.edu.ar> (21/06/2024)
- Santos, G. y Becerra, L. (2016). "La producción pública de medicamentos como parte de una estrategia de política de salud integrada. Reflexiones y recomendaciones para el desarrollo inclusivo en salud", en Thomas, H. y Santos, G. (coords.). Tecnologías para incluir. Ocho análisis socio-técnicos orientados al diseño estratégico de artefactos y normativas. Buenos Aires: Lenguaje Claro editora.
- Santos, G. (2018). Tecnologías para la solución de problemas sociales. Alcances y restricciones de la producción pública de medicamentos en Argentina. Aprendizajes, dinámicas problema-solución y alianzas socio-técnicas. UNLu. Tesis de doctorado.
- Salud Colectiva (2007): "Acta de constitución de la Red de Laboratorios Públicos de Medicamentos para producción, investigación, desarrollo y servicios", Buenos Aires (3), pp. 331-333, septiembre-diciembre 2007.
- Svampa, M. (2005). La sociedad excluyente. La Argentina bajo el signo del Neoliberalismo. Buenos Aires: Ediciones Taurus.
- Thomas, H. et al. (coord.) (2008). Actos, actores y artefactos. Sociología de la tecnología, Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Thomas, H. y Santos, G. (2016). Tecnologías para incluir. Ocho análisis socio-técnicos orientados al diseño estratégico de artefactos y normativas. Buenos Aires: Lenguaje Claro Editora.
- Tobar, F. (2002). "Acceso a los medicamentos en Argentina: Diagnóstico y Alternativas", en: Boletín Fármacos, 5 (4).
- Tobar, F. (2004). "Políticas para promoción del acceso a medicamentos: el caso del Programa Remediar en Argentina", en: Banco Interamericano de Desarrollo-Departamento

de Desarrollo Sostenible, Nota Técnica, Washington D.C. Disponible en: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=354470> (25/6/2024).

Notas periodísticas:

Diario La Nación, 4 de julio de 2004:

“Puede competir con los genéricos”. Disponible: <http://www.lanacion.com.ar/615578-puede-competir-con-los-genericos> (15/4/2024).

Diario Tiempo Argentino, 9 de marzo de 2014:

“Connivencia de industria, médicos y obras sociales frena el despegue de genéricos”. Disponible : <http://www.infonews.com/nota/128317/connivencia-de-industria-medicos-y-obras> (15/4/2024).

García Oviedo, L. (2007),

“Por primera vez en el país. Crean una red de 21 laboratorios públicos”, en diario La Nación, 18 de septiembre de 2007. Disponible : <http://www.lanacion.com.ar/945003-crean-una-red-de-21-laboratorios-publicos> (15/4/2024).

Documentos:

REMIEDIAR+REDES (2015):

“Botiquín de medicamentos esenciales. Manual de operatoria”, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.

¿Promesa incumplida?: Prevalencia y factores determinantes de la anemia infantil durante la pandemia de COVID-19 en Perú♦

Unfulfilled Promise?: Prevalence and determinant factors of child anemia during the COVID-19 Pandemic in Peru.

Pamela Salazar Zapata♦♦

Pontificia Universidad Católica del Perú

ORCID: 0009-0006-2449-6831

Fecha de recepción: 11 de mayo del 2024

Fecha de aceptación: 16 de agosto del 2024

ISSN: 2415-2498

Salazar, Pamela (2024). «¿Promesa incumplida?: Prevalencia y factores determinantes de la anemia infantil durante la pandemia de COVID-19 en Perú». *Politai: Revista de Ciencia Política*, Año 15, N.º 24: pp. 89-108.

DOI: <https://doi.org/10.18800/politai.202401.004>

-
- ♦ Agradecimientos a mi mamá, por su apoyo incondicional, y a mi compañero de vida, por su aliento durante el proceso de investigación. Y a ustedes, mis dos lunas que me guían.
 - ♦♦ Estudiante de Economía en la Pontificia Universidad Católica del Perú. Asistente de investigación en QLab. Correo electrónico: salazar.pamela@pucp.edu.pe

RESUMEN

La anemia es una de las problemáticas de salud pública a nivel mundial, el cual es exacerbado por desigualdades económicas, sociales y culturales. Este trastorno aumenta la morbilidad y la mortalidad infantil, perjudicando la salud y calidad de vida de las personas en el corto y largo plazo. En ese sentido, este estudio busca identificar los determinantes de la anemia en niños de 6 a 59 meses de edad en Perú, segmentado en periodos prepandemia, pandemia y postpandemia. Para ello, utiliza el modelo logístico y normal junto con los datos de la Encuesta Nacional Demográfica de Salud (ENDES) 2018-2023. En los hallazgos se encontró que la anemia materna, y presencia de fiebre y diarrea aumenta la probabilidad de prevalencia de anemia infantil durante los tres periodos de estudio.

Palabras claves: *Anemia infantil, COVID-19, Logit*

ABSTRACT

Anemia is a global public health issue exacerbated by economic, social, and cultural inequalities. This disorder increases childhood morbidity and mortality, adversely affecting short- and long-term health and quality of life. This study aims to identify determinants of anemia among children aged 6 to 59 months in Peru, segmented across pre-pandemic, pandemic, and post-pandemic periods. Logistic and normal models are employed using data from the National Demographic Health Survey (ENDES) 2018-2023. Findings indicate that maternal anemia, fever, and diarrhea increase the likelihood of childhood anemia prevalence during all three study periods.

Keywords: *Childhood anemia, COVID-19, Logit*

1. Introducción

La anemia es un problema estructural que se exacerba a causa de las desigualdades económicas, sociales y culturales afectando principalmente a mujeres lactantes y embarazadas, y niños/as menores de 5 años, de modo que se posiciona como una de las problemáticas de salud pública más relevantes a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2017). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2019, la anemia afectó al 30% de mujeres no embarazadas y 37% de embarazadas entre 15 a 49 años en el mundo. El grupo más perjudicado por la anemia fue la población de niños/as entre 6 a 59 meses que representó el 40% en ese mismo año (Organización Mundial de la Salud, 2023).

En el Perú, se implementó el Plan nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil en el Perú: 2017 - 2021, el cual tiene como una de sus metas disminuir la anemia de niño/as entre 6 a 36 meses de edad del 43% en 2017 al 19% para 2021. Este programa proporcionó a los niños que presentan anemia suplementos de hierro en gotas o jarabe por un periodo de 6 meses, mientras que a los niños que no fueron diagnosticados con anemia se les proporcionó 360 sobres de micronutrientes en polvo. Aquello se complementa con consejería en los puestos de servicios de salud y visitas domiciliarias dirigida a las madres o cuidadores para orientarlos en este proceso (Ministerio de Salud, 2017).

A pesar de ello, la pandemia del COVID-19 impactó considerablemente en el cumplimiento de las intervenciones del plan nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil en el Perú: 2017 - 2021, debido a que los centros de atención primaria se cerraron, y los centros médicos solo atendían emergencias y urgencias. Dicho de otra manera, se asignaron los recursos para la atención a las pacientes con COVID-19, lo que implicó una disminución en la cobertura de prevención y control de la anemia de los niños y niñas menores a cinco años en la pandemia (Ministerio de Salud, 2020).

En ese contexto, la anemia afectó al 43,1% de los niños menores de 3 años en el país en 2023, específicamente, las zonas rurales presentaron mayor incidencia con un 50,3% con respecto al 40,2% en el área urbana. En relación con ello, los departamentos donde la insuficiencia de hierro tuvo mayor incidencia en ese mismo año fueron Puno, Ucayali y Madre de Dios con un 70,4%, 59,4% y 58,3% respectivamente (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2024). Ante este panorama, en 2024, el Estado peruano desarrolló el Plan Multisectorial para la Prevención y Reducción de la Anemia Materno Infantil 2024-2030, el cual se propone disminuir la prevalencia de anemia en niños en un 37,2% con el fin de contribuir en el desarrollo cognitivo, social y emocional de la población infantil para que, a largo plazo, se contribuya en el aumento de la productiva, y en el progreso social y económico del país (Ministerio de Salud, 2024).

En ese sentido, el objetivo de la presente investigación es identificar los determinantes de la anemia en niños/as de 6 a 59 meses de edad, segmentado en periodos prepandemia, pandemia y postpandemia. Para ello, se empleó el modelo logístico junto con el modelo normal y la base de datos de la Encuesta Nacional Demográfica de Salud (ENDES) entre el periodo 2018-2023. De ese modo, el estudio contribuirá a enriquecer la revisión de literatura sobre esta problemática durante el COVID-19, proporcionando una perspectiva detallada de cómo la pandemia ha influido en la salud infantil. Además, los resultados pretenden brindar información para desarrollar intervenciones efectivas que mejoren la salud y el desarrollo de los niños con el fin de mejorar la calidad de vida para esta población en específico.

2. Marco Conceptual

En esta sección se abordará la definición del concepto de anemia y las consecuencias de ser diagnosticado con anemia. Además, se mencionará los modelos causales multifactoriales de la anemia en torno a las diversas poblaciones con el fin de identificar los obstáculos a fortalecer y mejorar la prevención y control de esta.

2.1. Anemia

La anemia es un trastorno que se caracteriza por la disminución de la concentración de hemoglobina a causa de que el número y/o tamaño de los eritrocitos (glóbulos rojos) se reducen (Organización Mundial de la Salud, 2017). En consecuencia, un individuo que presente anemia tendrá una menor capacidad de transportar oxígeno a través de la sangre hacia todo el organismo (Organización Mundial de la Salud, 2017). Además, este trastorno afecta al estado físico, resistencia contra las infecciones, y desarrollo cognitivo y aprendizaje de los individuos, por lo que perjudica a la salud y calidad de vida de las personas en el corto y largo plazo (Ministerio de Salud, 2017; Organización Mundial de la Salud, 2017).

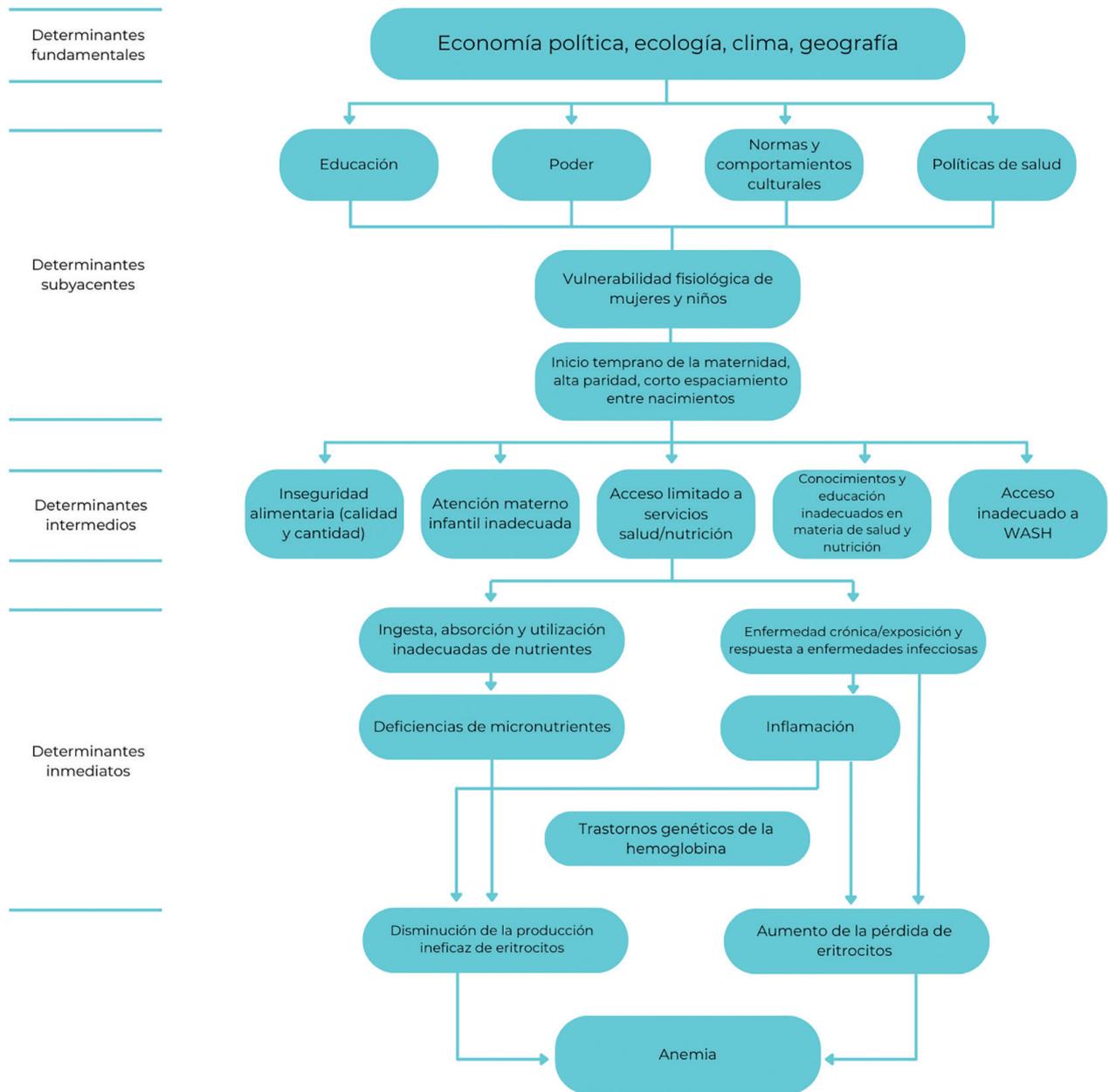
En ese marco la anemia es una variable que aumenta las cifras de mortalidad infantil, materna y perinatal (Ministerio de Salud, 2017). Según la Organización Mundial de la Salud (2023), en 2019, 50 millones de personas murieron por este trastorno en el mundo. Por este motivo, la OMS sugiere diferentes métodos de prevención y tratamiento para la anemia como la provisión periódica de suplementos de hierro y ácido fólico, consumo de alimentos ricos en vitamina C, vitamina B12, vitamina A y otros nutrientes (Organización Mundial de la Salud, 2023).

En esa misma línea, la anemia puede ser a causa de diversos factores como deficiencia de vitaminas, infecciones parasitarias, enfermedades crónicas, complicaciones en la etapa del embarazo o trastornos hereditarios. Particularmente, la causa principal de la anemia suele ser la falta de hierro en la sangre (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2018). No obstante, si bien existen diversas causas para que un individuo sea diagnosticado con anemia, existen ciertos factores fisiológicos (sexo, edad, embarazo) y ambientales (tabaquismo y altitud) que aumentan la incidencia de sufrir anemia. Cabe señalar que los niños y las mujeres en edad reproductiva presentan más probabilidades de sufrir de este trastorno a causa de su vulnerabilidad fisiológica (Balarajan et al., 2011)

2.2. Modelos causales de la anemia

Balarajan et al. (2011) proponen un esquema causal de anemia en base a su estudio realizado en 32 países de ingresos medios y bajos, en el cual mencionan los factores relacionados a la incidencia de anemia en niños, niñas y mujeres. Por un lado, en los factores demográficos se consideró el lugar de residencia del hogar según entorno urbano y rural, y la edad de la mujer como factores que exponen a los individuos a ser afectados por la anemia y sus consecuencias. Por otro lado, los factores socioeconómicos destacan que la anemia se encuentra socialmente condicionada al nivel de educación de la madre, el índice de riqueza del hogar y la ocupación de los padres. Por lo tanto, Balarajan et al. (2011) consideran que, en la mayoría de los contextos, la anemia indica una desventaja socioeconómica; por lo tanto, los individuos más pobres y menor nivel educativo son más propensos a ser diagnosticados con anemia (véase en la figura 1).

Figura 1.
Esquema causal de anemia en países de ingresos medios y bajos

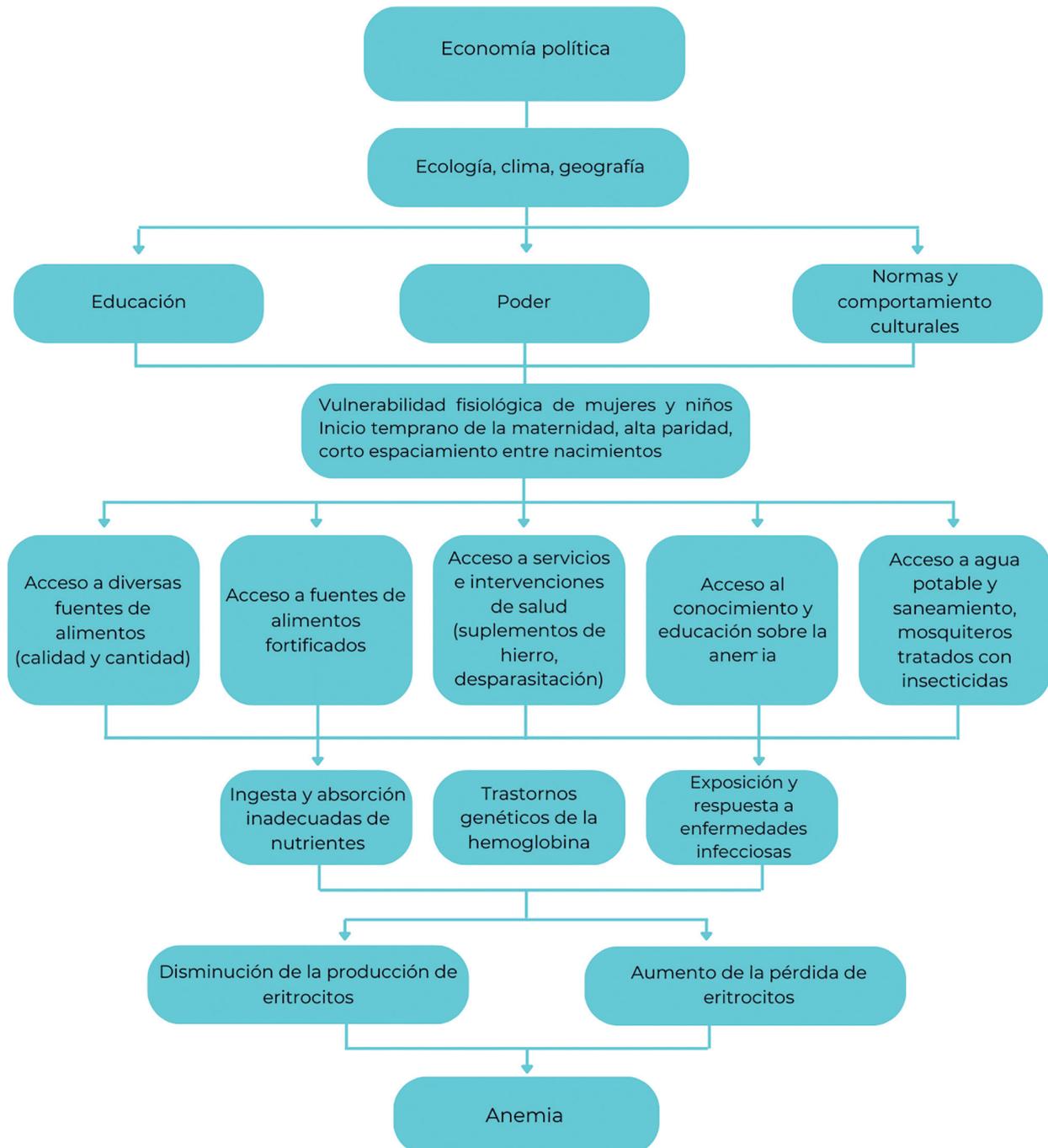


Fuente: Balarajan et al. (2011). Elaboración propia.

Chaparro y Suchdev (2019) plantean un modelo conceptual para explicar las múltiples causas que pueden llevar al diagnóstico de anemia en un individuo. En este modelo se identifican los determinantes inmediatos de la anemia destacando la inseguridad alimentaria, el acceso a agua potable y, como causa más directa de este trastorno, el saneamiento. Aquellos determinantes se encuentran interrelacionados, pues un hogar en pobreza o pobreza extrema se encuentra vinculado con una posición económica baja, implicando que los individuos que viven en estas condiciones aumentan su probabilidad de carecer de una buena salud y nutrición. Cabe señalar que las causas varían dependiendo del tipo de anemia que puede presentar el individuo. La mayoría de los modelos propuestos generalmente se cen-

tran en factores de riesgo para anemia leve y moderada, de modo que existen limitados estudios en torno a la anemia grave (véase en la figura 2).

Figura 2.
Esquema factores y condiciones que contribuyen al desarrollo de la anemia en países de ingresos medios y bajos



Fuente: Chaparro y Suchdev (2019). Elaboración propia.

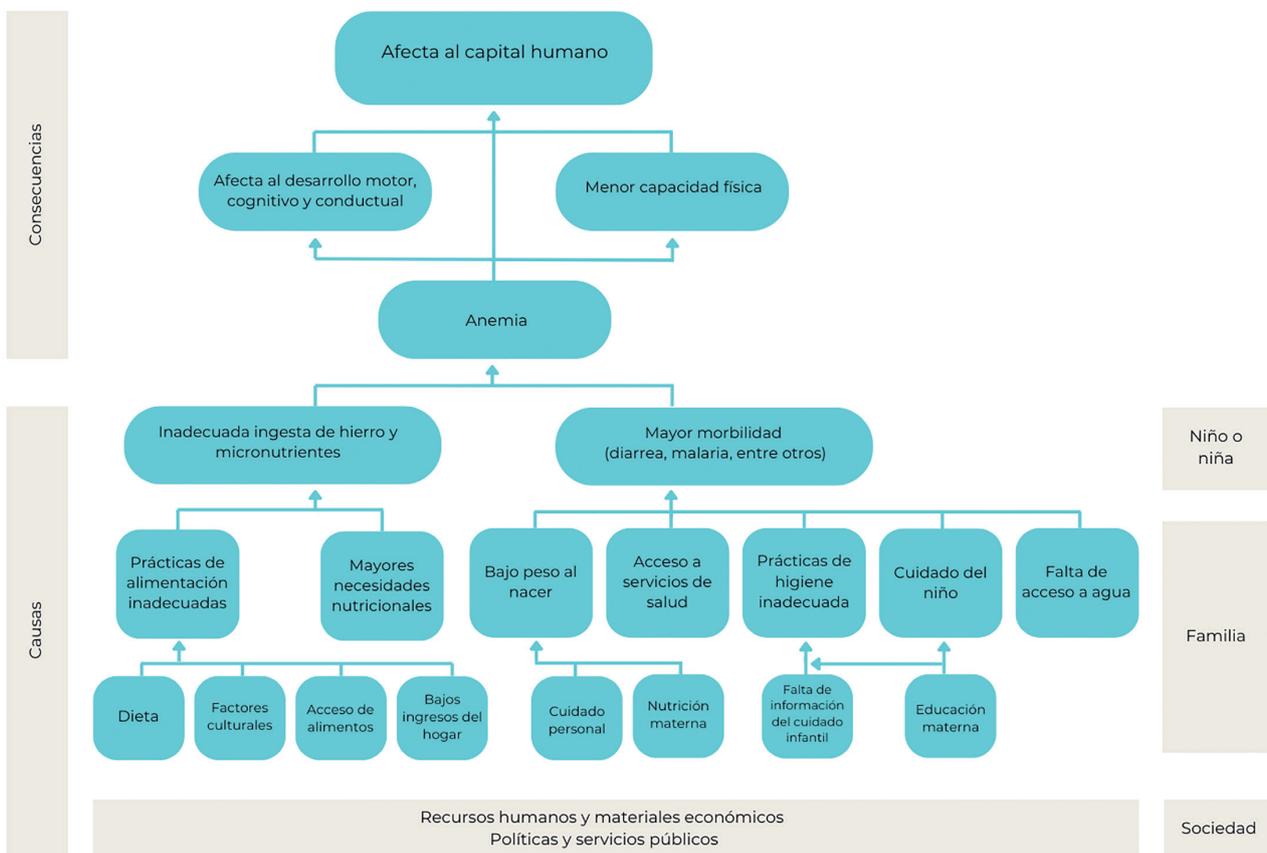
El modelo de causas y consecuencias de la anemia enfocado a la población infantil fue propuesto por Zavaleta y Astete-Robilliard (2017), los cuales adaptan los modelos anteriores en base a las condiciones sociales y culturales en el Perú. En ese sentido, este modelo difiere de los anteriores, dado que no solo aborda diversos factores sociodemográficos, sino que identifica al cuidado de la salud infantil como un factor relevante para la lucha contra la anemia.

Respecto a los factores sociodemográficos, la anemia se encuentra asociada con la residencia del hogar del infante, dado que existen desigualdades en el acceso a servicios de salud y recursos nutricionales en el país. Además, el infante es más vulnerable a ser diagnosticado de anemia si pertenece a uno de los quintiles más bajos según índice de riqueza. Adicional a ello, ser madre adolescente o madre con bajo nivel educativo se asocia con una mayor incidencia de anemia, ya que la falta de conocimiento sobre prácticas de salud y recursos limitados implica una reducida calidad de atención infantil (Zavaleta y Astete-Robilliard, 2017).

Por otra parte, en el cuidado infantil se destacan los factores como la falta de control prenatal y de tratamiento de la anemia durante la gestación, dado que la falta de información en torno al cuidado del niño influye negativamente en la salud de este. De igual manera, la presencia de anemia en la madre gestante no solo afecta su salud, sino que afecta directamente a la salud del infante. Además, la ausencia de tratamiento antiparasitario para el menor incrementa la probabilidad de infecciones parasitarias conllevando que aumente sus probabilidades de sufrir de anemia. Estos factores subrayan la necesidad de intervenciones integrales que aborden tanto las condiciones sociodemográficas como los cuidados del infante con el fin de reducir la prevalencia de la anemia infantil en el país (Zavaleta y Astete-Robilliard, 2017).

Figura 3.

Esquema de causas y consecuencias de la anemia en la población infantil en Perú



Fuente: Zavaleta y Astete-Robilliard (2017). Elaboración propia.

3. Revisión de literatura

En esta sección se abordarán los diversos factores que pueden afectar en la prevalencia de anemia en los infantes, analizando aspectos socioeconómicos, nutricionales y educativos. En ese sentido, se proporcionará una revisión de literatura a nivel internacional como nacional, destacando estudios y hallazgos clave que contribuyen a una mejor comprensión en torno a esta problemática.

En la literatura internacional, Afroja et al. (2020) identifican los factores en torno a los diferentes niveles de anemia de los niños entre 6 a 59 meses empleando el modelo de regresión logística ordinal. En sus hallazgos, se encontró que los niños con trastorno del desarrollo¹³ del crecimiento presentan más probabilidad de sufrir anemia moderada o grave. Además, la probabilidad de que el infante sea diagnosticado con anemia grave o moderada aumenta si las madres o los cónyuges de las madres de los niños son analfabetos. Aquello último coincide con el estudio de Pedrosa et al. (2011), debido a que encuentra que el nivel de educación de los padres del infante tiene un efecto en la atención médica y la nutrición de los niños. En concreto, un alto nivel de educación de los padres está relacionado a mejores conocimientos sobre salud y mejores prácticas de crianza hacia el infante. Además, el nivel de educación está directamente vinculado con el ingreso del hogar, de modo que un alto nivel educativo permitirá a los padres brindar una mejor calidad en el cuidado infantil (Afroja et al., 2020).

En concordancia con lo anterior, Goswami y Das (2015) evaluaron los determinantes de la anemia en niños de la India a través de una regresión logística multinomial y concluyeron que los niños pertenecientes a hogares con un índice de riqueza menor aumentan su probabilidad en ser diagnosticado de anemia. En relación con ello, Meyer et al. (2001) encontraron que los infantes de familias que tuvieron un ingreso per cápita que no supera al salario mínimo incrementa el riesgo de anemia. Respecto al estado nutricional, Goswami y Das (2015) mencionan que la falta de ingesta de suplementos de hierro durante la etapa de gestación y una dieta vegetariana de parte de la madre incrementa los riesgos de anemia infantil. Aquello señala a la malnutrición materno-infantil como uno de los factores relevantes que afectan negativamente al desarrollo de un embarazo saludable, dado que conlleva a una mortalidad neonatal, retraso del crecimiento y estatura baja en el niño (Gorelik et al, 2018).

En la literatura nacional, Velásquez et al. (2016) identifican los determinantes sociodemográficos y del cuidado materno de la anemia infantil en el Perú empleando el modelo de regresión logística en la ENDES. Cabe destacar que el estudio añade variables de cuidado materno-infantil señalado por el modelo de causas y consecuencias de la anemia propuesto por Zavaleta y Astete-Robilliard. En sus resultados coinciden con Goswami y Das (2015), dado que señalan factores relacionados a la desnutrición materna y cuidado infantil como la falta de controles prenatales, falta de suplemento de hierro en la etapa de gestación y ausencia de servicios preventivos antiparasitarios.

Asimismo, Pajuelo et al. (2015) analizan la prevalencia de vitamina A y anemia nutricional en niños/as menores de cinco años en el Perú. Para ello, empleó el modelo de regresión logística junto con la fuente de datos del Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (MONIN). En sus hallazgos, se identificó que los niños/as que residen en otras regiones diferentes a Lima Metropolitana tienen más riesgo de ser diagnosticados con anemia, específicamente los que viven en áreas rurales. Además, menciona que los infantes de madres con edad entre 13 a 19 años y niños menores a 11 meses de edad aumentan sus probabilidades

¹³ Los niños/as con trastornos del desarrollo se caracterizan por presentar dificultades o retrasos en el desarrollo de habilidades como el lenguaje, motoras o socialización (UC San Diego Health, s.f.).

de sufrir de anemia. En esa misma línea, el estudio de Gonzales et al. (2018) coincide con este último punto mencionado, dado que en sus resultados encuentran que a medida que los infantes tengan más años experimentan menos riesgo de sufrir de anemia. Esto se debe a que la demanda de hierro disminuirá o el sistema inmunológico del menor se desarrollará en sintonía con su desarrollo y crecimiento, reduciendo las posibles infecciones que puede aumentar el riesgo de anemia.

El estudio de Gajate e Inurritegui (2002) analiza el impacto del programa Vaso de Leche sobre la nutrición infantil en el Perú mediante el modelo de *Propensity Score Matching*. En sus hallazgos, se encontró que ser beneficiada/o por el programa no necesariamente aseguraba que los niños/as no presenten desnutrición infantil. En ese sentido, los investigadores mencionan que las madres o cuidadores del infante deberían recibir charlas u orientación para que complementen con una buena alimentación la ración diaria de alimentos brindada por Vaso de Leche para que el infante goce de una nutrición adecuada.

En relación con ello, Francke y Acosta (2020) evalúan la efectividad del plan nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil en el Perú: 2017 - 2021, el cual distribuye de manera universal sobres de micronutrientes en polvo por un periodo de 12 meses a los niños/as. Para ello, emplean la fuente de datos Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) y realizan dos modelos: i) *Entropy Balancing* y ii) *Machine Learning*. En sus resultados, se menciona que hubo un efecto positivo sobre la desnutrición crónica en los niños/as que fueron beneficiarios de la ingesta de micronutrientes. No obstante, el infante disminuye sus probabilidades de desnutrición a partir de la ingesta de 25 sobres de micronutrientes. En ese sentido, los autores coinciden con Gajate e Inurritegui (2002) sobre brindar consejería nutricional a los cuidadores de los niños acompañado de controles de salud para el infante.

4. Hechos Estilizados

En esta sección se presentarán estadísticos descriptivos de la prevalencia de anemia en los infantes entre 6 a 59 meses de edad en relación con el área de residencial, índice de riqueza del hogar y el sexo de los niños. Aquello proporcionará información sobre el panorama de la situación de la anemia infantil en el país.

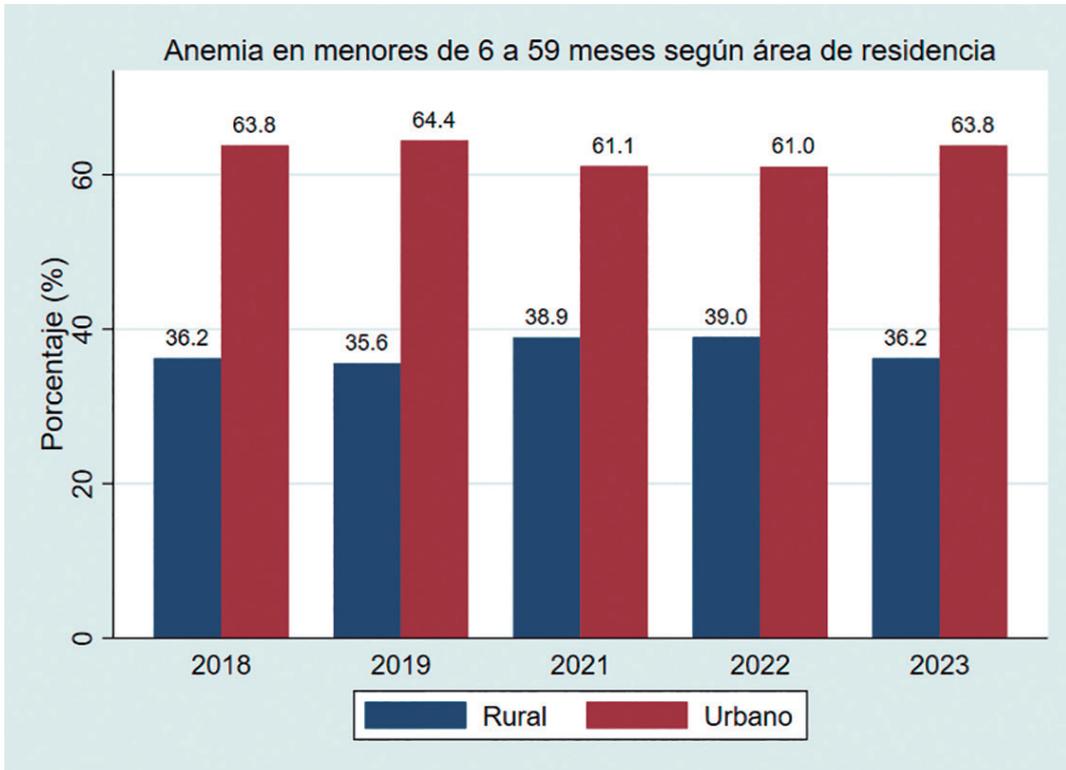
En la figura 4, se observa que la proporción de niños/as que tuvieron anemia en años pre-pandemia¹⁴ fue menor en las zonas rurales, mientras que en las zonas urbanas hubo una disminución de infantes con anemia en los años de pandemia¹⁵. No obstante, en 2023, el 63,8% de infantes de residencias urbanas fueron diagnosticados con anemia. Cabe señalar que se optó por no emplear las estadísticas en el año 2020, dado que las observaciones presentan sesgos por el recojo de información durante la pandemia. Además, se visualiza un incremento de infantes diagnosticados de anemia en las zonas urbanas a 63,8% en 2023, con respecto del 61% que representó en 2022. Por el contrario, en las zonas rurales hubo una disminución de 2.8% en 2023 en comparación con 2022.

14 Los años pre-pandemia son considerados los años anteriores a los que el Gobierno peruano declaró estado de emergencia nacional y aislamiento social obligatorio a partir del 14 de marzo de 2020. Así que, los años previos a la pandemia se considerarán como los años anteriores a 2020.

15 Los años de pandemia abarcaron desde que el Gobierno peruano declaró estado de emergencia nacional hasta el fin de este el 28 de octubre de 2022. En ese sentido, los años de pandemia se considerarán desde 2020 hasta 2022.

Figura 4.

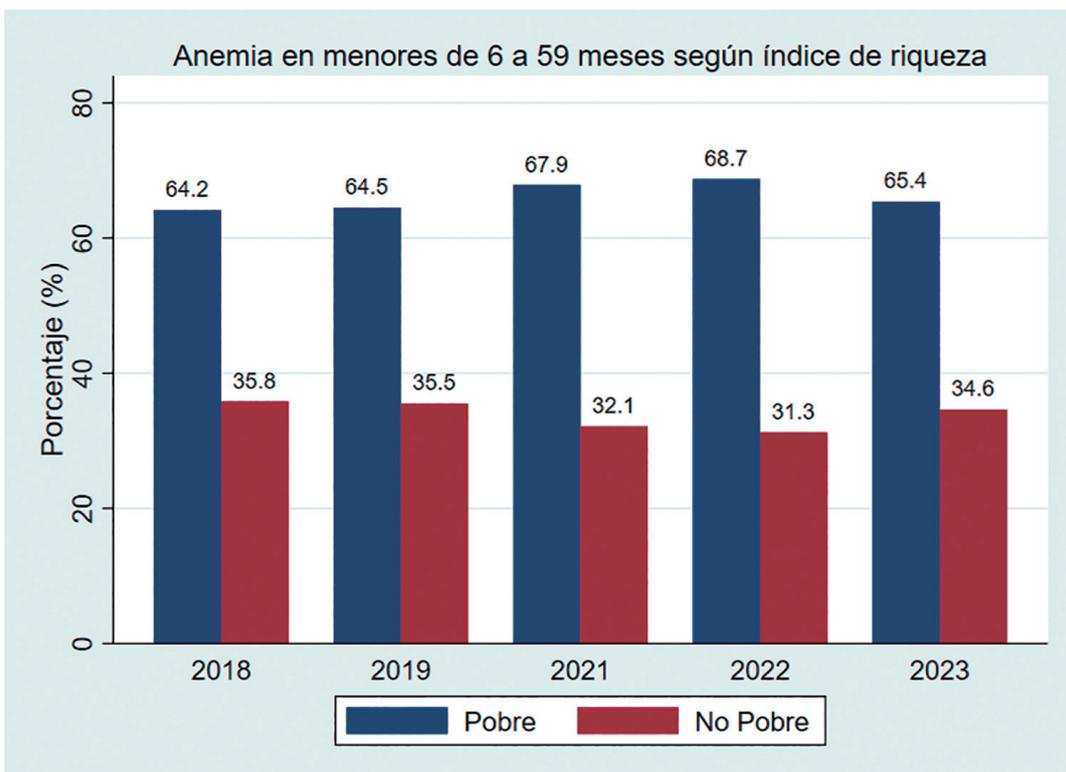
Anemia en menores de 6 a 59 meses según área de residencia 2018-2023



Fuente: ENDES. Elaboración propia.

Figura 5.

Anemia en menores de 6 a 59 meses según índice de riqueza 2018-2023

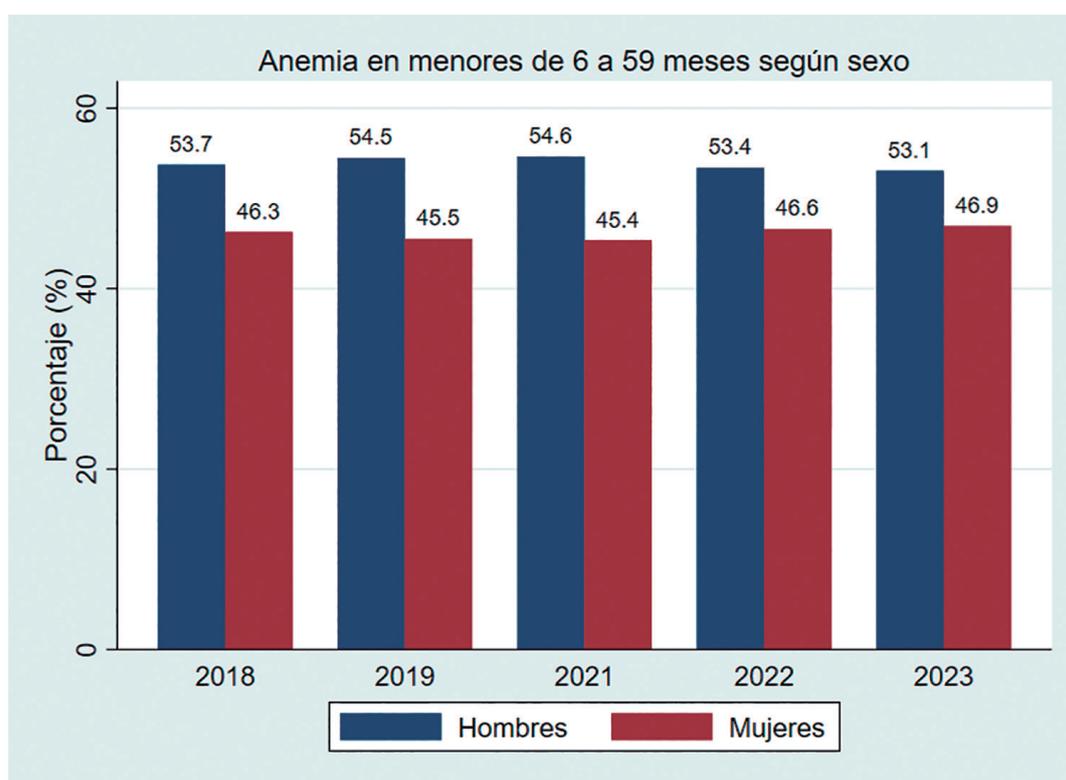


Fuente: ENDES. Elaboración propia.

En la figura 5, se observa que la proporción de los infantes con anemia de hogares pobres aumentó en la pandemia, alcanzando el pico más alto con 68,7% en 2022 a comparación de años prepandemia. Por el contrario, los infantes con anemia de hogares no pobres disminuyeron a partir del 2021 hasta 2022. No obstante, hubo un incremento en esta última cifra, en 2023, pues el 34,5% de los niños/as de condición no pobre fueron diagnosticados con anemia, representando un aumento de 3,3% respecto al año anterior.

En la figura 6, se observa que la prevalencia de anemia en infantes varones es mayor que en mujeres durante el periodo 2018-2023. En 2021, se marcó el punto más alto de prevalencia de anemia en hombres (54.6%), mientras que representó el punto más bajo en mujeres con 45.4% ese mismo año. Si bien se aprecia una reducción en la prevalencia de anemia de los niños en 1.5 puntos porcentuales entre 2022 y 2023, en el caso de las niñas aumentó en 1.2 puntos porcentuales en este mismo periodo. De ese modo, en 2023, los niños afectados por la anemia fueron el 53,1% y 46,9% respectivamente.

Figura 6.
Anemia en menores de 6 a 59 meses según sexo 2018-2023



Fuente: ENDES. Elaboración propia.

5. Metodología

5.1. Base de datos

En el estudio, se empleó la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), dado que proporciona información sobre los niños menores a 5 años y de mujeres en edad fértil entre 12 a 49 años. Además, esta fuente de datos se caracteriza por brindar información del estado de salud tanto de las madres como de los infantes, de modo que en

el estudio se logró explorar las variables en torno al acceso a servicios de salud, tratamiento y diagnóstico de enfermedades, y la dinámica demográfica de los hogares representativos a nivel regional y nacional.

Cabe señalar que los años que abarca el estudio usó las bases de datos entre los años 2018 y 2023. No obstante, no se consideró el año 2020, ya que las observaciones presentan sesgos y valores perdidos por el recojo de información durante la pandemia. En relación con ello, la ENDES 2020 recopiló la información por dos métodos: i) entrevista presencial y ii) entrevista vía telefónica. Solo se pudo realizar entrevistas con modalidad presencial antes del 16 de marzo. Posterior a ello, el cuestionario se modificó, de modo que eligió las preguntas más relevantes de cada módulo de la base de datos. Dicho de otro modo, en la emergencia sanitaria por el COVID-19 se optó por recolectar información a través de llamadas telefónicas en vez del trabajo de campo (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2021).

En el estudio, la variable dependiente será una variable dicotómica que tomará el valor de 1 cuando la anemia es leve, moderada o grave y 0 en caso contrario. Cabe señalar que el nivel de anemia está en base a la concentración de hemoglobina en la sangre. De esta manera, será considerado anemia leve si tiene el niño/a o mujer está entre 10,0 g/dl y 10,9 g/dl. En caso esté entre 7,0 g/dl¹⁶ y 9,9 g/dl será catalogada como anemia moderada. Por último, si la concentración de hemoglobina es menor de 7,0 g/dl, entonces será una anemia grave (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2018). En ese sentido, esta investigación trató de incorporar los principales factores de la anemia infantil, los cuales fueron identificados en la revisión de literatura previamente realizada. De esta manera, las variables explicativas empleadas fueron tanto a nivel individual como familiar (véase en la tabla 1).

Tabla 1. Variables del estudio

Factores del niño	Sexo del niño
	Peso del niño al nacer
	Edad en meses
	Diarrea
	Fiebre
	Tos
	Medicamentos para parásitos
	Vitamina A
Factores de la madre	Lengua materna de la madre
	Nivel de educación de la madre
	Edad de la madre
	La madre tiene anemia
Factores sociodemográficos	Índice de Riqueza
	Área de residencia

Fuente: Endes. Elaboración propia

¹⁶ La abreviatura g/dl significa gramos por decilitro. Esta es una unidad de medición que se usa para medir la concentración de hemoglobina en la sangre.

5.2. Estrategia Empírica

La presente investigación tiene el objetivo de identificar las variables asociadas a la probabilidad de que ocurra un evento específico (véase en la ecuación 1). En ese sentido, el modelo econométrico elegido fue la regresión logística binaria, dado que la variable dependiente (Y) tomará el valor de 1 cuando la anemia es leve, moderada o grave y 0 en caso contrario.

$$Pr(Y) = \frac{1}{1+e^{-(\beta_0+\beta_1X_1)}} = \frac{1}{1+e^{-Y}}$$

(1)

Donde $Pr(Y)$ es la probabilidad de ocurrencia de la variable dependiente, e es el logaritmo natural, y β_0 y β_1 son los coeficientes. En relación con ello, β_0 es el término independiente, el cual puede ser igual a 0, mientras que β_1 es el coeficiente de la variable independiente X_1 (Cáceres, 1994).

Asimismo, la hipótesis estadística de la regresión logística funciona para contrastar si las variables independientes del modelo tienen un efecto significativo sea positivo o negativo sobre la probabilidad de que ocurra el evento (Cáceres, 1994).

$$H_0: \beta_1 = 0$$

(2)

$$H_1: \beta_1 \neq 0$$

Si se cumple la hipótesis H_0 , significa que la variable independiente no tiene un efecto significativo sobre la variable dependiente Y, mientras que si se cumple la hipótesis H_1 , significa que la variable independiente tiene un efecto significativo sobre Y (Cáceres, 1994). En concordancia con lo mencionado anteriormente, la ecuación de la regresión logística es la siguiente:

$$\begin{aligned} \text{Anemia} = & \beta_0 + \text{sexo}\beta_1 + \text{peso}\beta_2 + \text{edadniño}\beta_3 + \text{diarrea}\beta_4 + \text{fiebre}\beta_5 + \text{tos}\beta_6 \\ & + \\ & \text{mediparasito}\beta_7 + \text{vitaminaA}\beta_8 + \text{riqueza}\beta_9 + \text{area}\beta_{10} \\ & + \text{educmadre}\beta_{11} \\ & \text{edadmadre}\beta_{12} + \text{madreanemia}\beta_{13} + \varepsilon \end{aligned}$$

La variable dependiente es variable anemia; β_0 es coeficiente del término independiente; $\beta_1, \beta_2, \beta_3, \dots, \beta_{13}$ son los coeficientes de cada una de las variables independientes; y ε es el término de error. Así, el modelo de regresión logística estimará la asociación entre las variables predictoras y la probabilidad de ocurrencia de la anemia en niños/as de 6 a 59 meses de edad. Cabe mencionar que los coeficientes proporcionan información sobre la dirección y magnitud de la relación entre cada variable predictora y la probabilidad de anemia.

6. Resultados

Los efectos de las variables explicativas en los modelos logit y probit, en relación con las características del niño, fueron estadísticamente significativos durante el período de estudio 2018-2023, excepto con las variables peso del niño al nacer, tos, vitamina A y área de

residencia. En relación a las variables demográficas, el índice de riqueza presentó un coeficiente negativo y estadísticamente significativo. Por otro lado, en relación con las variables de la madre, la lengua materna, el nivel de educación y la edad de la madre presentan coeficientes negativos y significativos, mientras que la presencia de anemia de la madre tuvo un coeficiente positivo y significativo en ambos modelos (véase en la tabla 2). Estos resultados son congruentes con los modelos causales propuestos por Balarajan et al. (2011), Chaparro y Suchedev (2019), y Zavaleta y Astete-Robilliard (2017).

Tabla 2. Estimación del modelo Logit y Probit

Variables	Prepandemia		Pandemia		Postpandemia	
	Logit	Probit	Logit	Probit	Logit	Probit
Sexo del niño	-0,198*** (0,027)	-0,119*** (0,016)	-0,126*** (0,016)	-0,217*** (0,027)	-0,144*** (0,038)	-0,089*** (0,023)
Peso del niño al nacer	0,022 (0,025)	0,014 (0,015)	0,018 (0,015)	0,029 (0,025)	0,027 (0,035)	0,017 (0,021)
Edad en meses	-0,045*** (0,001)	-0,027*** (0,001)	-0,026*** (0,001)	-0,044*** (0,001)	-0,039*** (0,001)	-0,023*** (0,001)
Diarrea	0,195*** (0,040)	0,119*** (0,025)	0,095*** (0,025)	0,155*** (0,041)	0,133** (0,055)	0,082** (0,033)
Fiebre	0,128*** (0,037)	0,080*** (0,022)	0,124*** (0,023)	0,204*** (0,038)	0,188*** (0,049)	0,115*** (0,029)
Tos	-0,057* (0,031)	-0,034* (0,019)	0,006 (0,020)	0,008 (0,033)	0,001 (0,042)	0,000 (0,025)
Medicamentos para parásitos	-0,156*** (0,031)	-0,099*** (0,018)	-0,059*** (0,019)	-0,093*** (0,032)	-0,218*** (0,044)	-0,131*** (0,026)
Vitamina A	0,042 (0,031)	0,025 (0,019)	0,042** (0,018)	0,069** (0,031)	0,048 (0,048)	0,025 (0,029)
Índice de Riqueza	-0,233*** (0,014)	-0,138*** (0,008)	-0,170*** (0,009)	-0,286*** (0,014)	-0,204*** (0,020)	-0,122*** (0,012)
Área de residencia	0,010 (0,038)	0,003 (0,023)	0,045** (0,022)	0,081** (0,037)	0,000 (0,053)	-0,003 (0,032)
Lengua materna de la madre	-0,245*** (0,054)	-0,148*** (0,033)	-0,233*** (0,031)	-0,385*** (0,050)	-0,398*** (0,074)	-0,244*** (0,045)
Nivel de educación de la madre	-0,086*** (0,015)	-0,050*** (0,009)	-0,018** (0,009)	-0,033** (0,015)	-0,060*** (0,022)	-0,036*** (0,013)
Edad de la madre	-0,103*** (0,019)	-0,061*** (0,011)	-0,042*** (0,012)	0,072*** (0,019)	-0,101*** (0,027)	-0,060*** (0,016)
La madre tiene anemia	0,676*** (0,032)	0,406*** (0,019)	0,372*** (0,020)	0,618*** (0,033)	0,685*** (0,044)	0,413*** (0,027)
Constante	1,661*** (0,102)	0,978*** (0,061)	0,939*** (0,061)	1,597*** (0,102)	1,519*** (0,141)	0,908*** (0,084)
Observaciones	29457	29457	28962	28962	14230	14230
Pseudo R2	0,122	0,122	0,118	0,119	0,107	0,106

Nota. Los errores estándar se encuentran en paréntesis.
El nivel de significancia es $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$. Elaboración propia.

En la tabla 3, se observan los efectos marginales del modelo logit para encontrar los factores que aumentan la prevalencia de anemia entre el periodo 2018-2023. Durante la pandemia, las niñas tuvieron 4,1% menos de probabilidades de presentar anemia a comparación de la población de niños, mientras que en postpandemia se redujo a 2.9%. Además, se encontró que el peso del infante no fue un factor relevante para el riesgo de anemia en los tres periodos, dado que la variable no es significativa. Adicionalmente a ello, la variable del índice de riqueza demostró ser consistente y significativa a lo largo de los tres periodos de estudio, mostrando un efecto más pronunciado durante la pandemia. En particular, los niños pertenecientes a los quintiles de riqueza inferiores presentaban una mayor probabilidad de desarrollar anemia. Este hallazgo es congruente con los estudios de Meyer et al. (2001) y Goswami y Das (2015), los cuales encontraron que los niños de hogares con un menor índice de riqueza tienen una mayor probabilidad de ser diagnosticados con anemia.

En relación con el cuidado infantil, durante el periodo prepandemia, los niños que presentaron diarrea en los últimos 14 días mostraron un 3,7% más de probabilidad de ser diagnosticados con anemia. Sin embargo, esta cifra disminuyó a un 2,6% durante la pandemia y el periodo postpandemia. De manera similar, con la variable fiebre, durante la pandemia, un niño que tuvo fiebre en las dos semanas anteriores presentaba un aumento del 3,8% en la probabilidad de desarrollar anemia, cifra que disminuyó ligeramente en el periodo postpandemia. Cabe mencionar que la variable tos no mostró una significancia estadística durante la pandemia y el postpandemia. Estos hallazgos coinciden con el modelo de causas y consecuencias de Zavaleta y Astete-Robilliard (2017), los cuales identifican estas variables como factores del cuidado de la salud infantil que influyen en la probabilidad si un niño tiene anemia.

Por otro lado, después de la pandemia, un niño que recibió medicamentos para parásitos intestinales redujo la probabilidad de sufrir anemia en un 4,3%. Durante la pandemia, esta reducción fue del 1,8%, y en el periodo prepandemia, del 3,0%. En cuanto a las variables de área de residencia y vitamina A, no se encontraron efectos significativos antes y después de la pandemia. Sin embargo, ambas variables presentaron un impacto significativo durante la pandemia, de modo que sugiere que las condiciones y el entorno en los que viven las personas pudieron haber influido en la probabilidad de que un niño fuera diagnosticado con anemia durante el periodo pandémico (véase Tabla 3).

En cuanto a las variables relacionadas con la madre, la edad materna presenta un efecto consistente en los tres periodos de estudio, reduciendo la prevalencia de anemia infantil a medida que aumenta la edad de la madre. Este hallazgo concuerda con el estudio de Pajuelo et al. (2015), el cual evidencia una mayor probabilidad de anemia en infantes cuyas madres son adolescentes, particularmente aquellas con edades comprendidas entre los 13 y 19 años. Además, el nivel educativo de la madre mostró un efecto mayor en los periodos prepandemia y postpandemia en comparación con el periodo de pandemia. Este resultado es consistente con los hallazgos de Afroja et al. (2020), quienes indican que un alto nivel educativo de los padres está asociado con un mayor conocimiento sobre salud y mejores prácticas de crianza para el infante. Adicionalmente a ello, en la pandemia, se halló que las madres con lengua materna castellana disminuyen en 0.07% la probabilidad de que su hijo presente anemia en comparación con las mujeres de lengua indígena.

Asimismo, en torno a la salud materna se encontró que la anemia materna es un factor de riesgo significativo en los tres periodos, dado que aumenta la probabilidad de riesgo de anemia en el infante. Este efecto es más pronunciado postpandemia, pues si la madre tiene anemia, aumenta en 13.6% la probabilidad de que su hijo tenga anemia (véase en la tabla 3). Aquello sugiere que la salud de la madre, relacionada a la malnutrición, es un factor que requiere atención de políticas o programas que abordan de manera integral la salud materna. Estos resultados están alineados con los estudios de Goswami y Das (2015) y Velásquez et al. (2016), quienes destacan la relevancia de considerar la salud nutricional de la madre como un determinante crítico en la salud infantil.

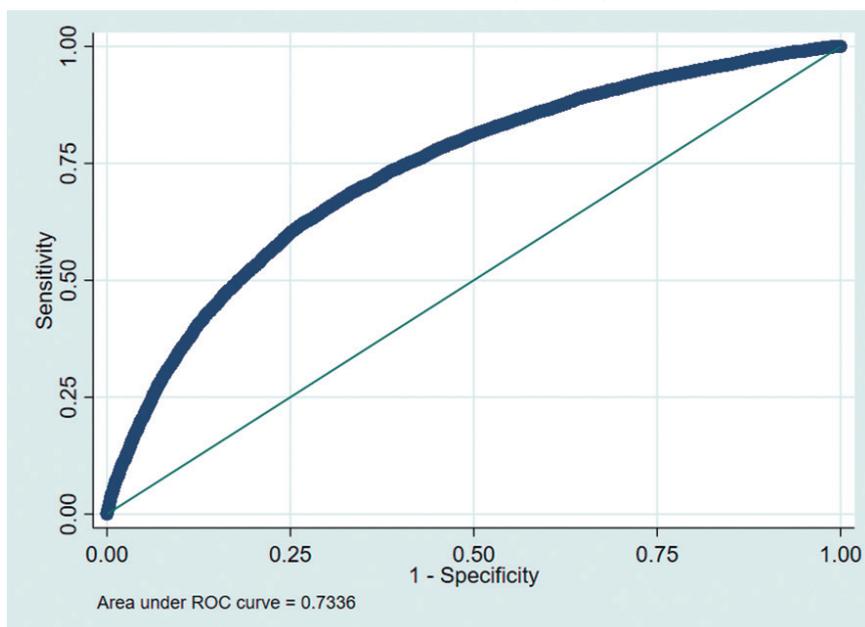
Tabla 3. Efectos marginales del modelo Logit

Variables	Prepandemia	Pandemia	Postpandemia
Sexo del niño	-0,037***	-0,041***	-0,029***
Peso del niño al nacer	0,004	0,006	0,005
Edad en meses	-0,009***	-0,008***	-0,008***
Diarrea	0,037***	0,030***	0,026***
Fiebre	0,024***	0,0389***	0,037***
Tos	-0,018*	0,001	0,000
Medicamentos para parásitos	-0,030***	-0,018***	-0,043***
Vitamina A	0,008	0,0132**	0,009
Índice de Riqueza	-0,044***	-0,054***	-0,041***
Área de residencia	0,002	0,015**	0,000
Lengua materna de la madre	-0,046***	-0,0733***	-0,079**
Nivel de educación de la madre	-0,016***	-0,006**	-0,012***
Edad de la madre	-0,019***	-0,014***	-0,020***
La madre tiene anemia	0,128***	0,118***	0,136***

Nota. El nivel de significancia es $p < 0.10$, $** p < 0.05$, $*** p < 0.01$. Elaboración propia.

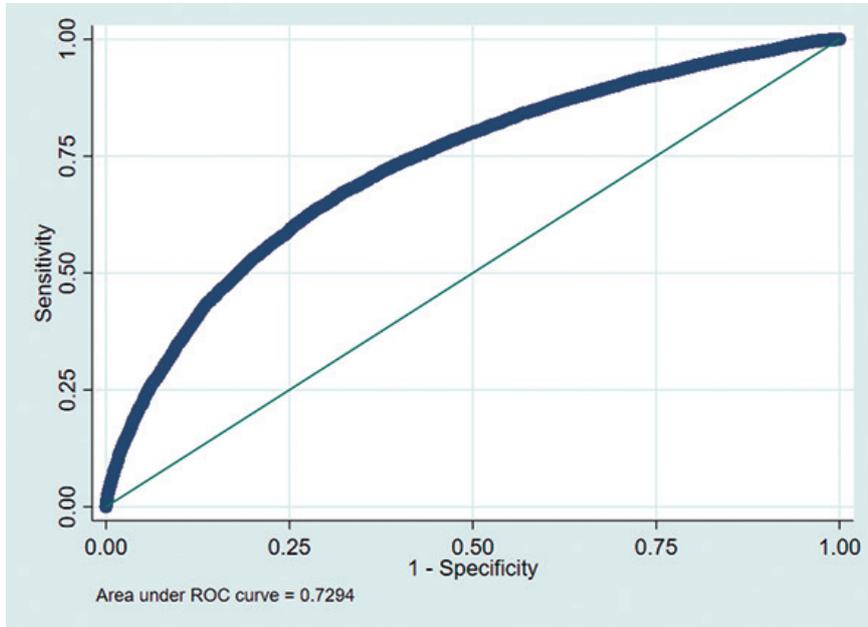
En la curva de Receiver Operating Characteristic (ROC) se puede observar la representatividad y sensibilidad del modelo a través del área bajo la curva ROC, pues esta debe aproximarse lo más cercano a 1 para afirmar que es un buen modelo. En ese sentido, el área bajo la curva ROC es 0.73, 0.72, 0.71 en cada modelo logit según prepandemia, pandemia y postpandemia, respectivamente. Estos resultados indican que se tiene un modelo aceptable, el cual se puede mejorar (véase en las figuras 7,8,9).

Figura 7.
Curva Roc del modelo Logit prepandemia



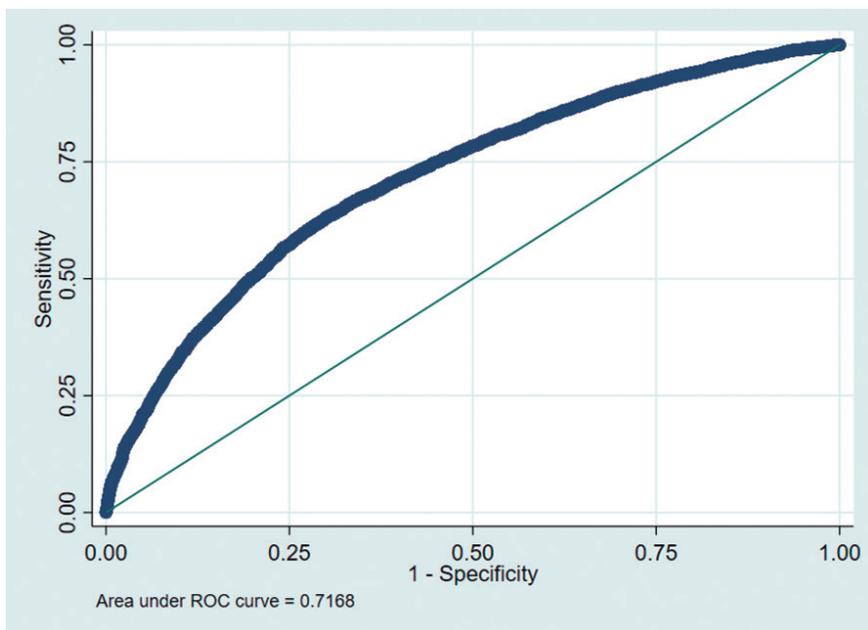
Fuente: ENDES. Elaboración propia

Figura 8.
Curva Roc del modelo Logit pandemia



Fuente: ENDES. Elaboración propia.

Figura 9.
Curva Roc del modelo Logit postpandemia



Fuente: ENDES. Elaboración propia.

7. Conclusiones

El estudio tuvo el objetivo de identificar los factores de la prevalencia de anemia en niños/as de 6 a 59 meses de edad segmentado en periodos prepandemia, pandemia y postpandemia. Para ello, se realizó el modelo logístico y normal utilizando la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar entre el periodo 2018-2023. Cabe señalar que el estudio excluye el año 2020, debido a las limitaciones y sesgos significativos en la recolección de datos durante ese año en específico. Aquello se basa en que las entrevistas telefónicas, en vez del trabajo en campo, pueden haber reducido el alcance de la encuesta y afectado la representatividad de la muestra, especialmente en áreas con menor acceso a telefonía. Además, la modificación del cuestionario a causa del inicio de la pandemia conllevó a que solo se seleccionaran las preguntas más relevantes, lo cual podría haber omitido información crucial sobre los determinantes de la anemia, comprometiendo la integridad de los datos recopilados. Estos factores, junto con un aumento en los valores perdidos de la encuesta en ese año en particular, podrían haber afectado negativamente la calidad y precisión de los datos. Por lo tanto, la exclusión del año 2020 en el estudio es una decisión justificada para asegurar la validez y fiabilidad de los resultados del estudio.

En ese sentido, los hallazgos del presente estudio sobre la salud, y cuidado infantil revelan que la presencia de fiebre y diarrea aumenta esta probabilidad de anemia, mientras que la ingesta de medicamentos antiparasitarios, edad del niño y sexo femenino de este tienen el efecto contrario. Por otro lado, en torno a la salud materna se encontró que la presencia de anemia en la madre es un factor para la prevalencia de anemia infantil. Aquello, se completa con factores como el bajo nivel educativo, la menor edad y lengua materna indígena, los cuales incrementan la probabilidad de anemia en menores. Además, el nivel económico de los hogares medido a través del índice de riqueza contribuye a ello.

Así, el estudio proporciona una comprensión profunda y dinámica de cómo diferentes factores influyen en la probabilidad de ser diagnosticado con anemia infantil en distintos contextos temporales. Por consiguiente, si bien se ha demostrado que las intervenciones nutricionales y suplementarias en pandemia tuvieron efectos positivos e inmediatos contra la anemia, en los resultados hallados resalta que los hacedores de política deben considerar a la educación y alfabetización de los cuidadores de los infantes como factores relacionados con la prevalencia de anemia. Aquello debido a que mejoraría la salud de las mujeres gestantes y el cuidado de la salud infantil, lo cual a largo plazo contribuirá en el bienestar del infante. En ese sentido, implementar programas o talleres educativos dirigidos a los cuidadores con un enfoque en prácticas de salud reproductiva y planificación familiar será crucial para la prevención a largo plazo de la anemia infantil con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar del infante en el Perú.

REFERENCIAS

- Afroja, S., Kabir, R., Islam, A. (2020). Analysis of determinants of severity levels of childhood anemia in Bangladesh using a proportional odds model. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 8(1), 175-180.
- Balarajan, Y., Ramakrishnan, U., Emre Özaltın, E., Shankar, A., Subramanian, S V. (2011). Anaemia in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 378, 2123-2135.
- Cáceres, A. (1994). Estadística multivariante y no paramétrica con SPSS: aplicación a las ciencias de la salud. Ediciones Díaz de Santos.
- Chaparro, C y Suchdev, P. (2019). Anemia epidemiology, pathophysiology, and etiology in low- and middle-income countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1450(1), 15-31.
- Francke, P., & Acosta, G. (2020). Impacto de la suplementación con micronutrientes sobre la desnutrición crónica infantil en Perú. *Revista Médica Herediana*, 31(3), 148-154.
- Gajate, G. & Inurritegui, M. (2002). El impacto de los programas alimentarios sobre el nivel de nutrición infantil: Una aproximación a partir de la metodología del "Propensity Score Matching". Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social.
- Gonzales, E., Huamán-Espino, L., Gutiérrez, C., Aparco, J., Pillaca, J. (2015). Caracterización de la anemia en niños menores de cinco años de zonas urbanas de Huancavelica y Ucayali en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(3), 433-434.
- Gonzales, G., Olavegoya, P., Vásquez, C., Alarcón, D. (2018). Anemia en niños menores de cinco años. ¿Estamos usando el criterio diagnóstico correcto?. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 31(3), 92-103.
- Gorelik, B., López, L., Roussos, A., Toniatti, M. (2018). Impacto de la anemia por deficiencia de hierro en la salud materno-fetal. *Actualización en Nutrición*, 19(4), 127-132.
- Goswami, S y Das, K. (2015). Socio-economic and demographic determinants of childhood anemia. Fatores socioeconômicos e demográficos determinantes de anemia infantil. *Jornal de Pediatria*, 91(5), 471-477.

- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2024). El 43,1% de la población de 6 a 35 meses de edad sufrió de anemia en el año 2023. Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2021). Ficha Técnica - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (2018). LA ANEMIA en menores de 36 meses en el Perú FACTORES RELACIONADOS - ENDES INEI. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.
- Ministerio de Salud. (2017). Plan nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil en el Perú: 2017 - 2021. Ministerio de Salud del Perú.
- Ministerio de Salud. (2020). Plan de Recuperación de Brechas en Inmunizaciones y Anemia en tiempo de COVI.19 en el Perú (3 meses). Ministerio de Salud del Perú.
- Ministerio de Salud. (2024, 25 de enero). Gobierno aprueba plan multisectorial para la prevención y reducción de la anemia materno infantil en el Perú. Consultado el 28 de mayo de 2024.
- Pajuelo, J., Marianella, M., Zamora, R. (2015). Prevalencia de deficiencia de vitamina a y anemia en niños menores de cinco años de Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 32(2), 245-251.
- Pedrosa, L., Batista, M., Cabral, P., Figueiroa, J., Osório, M. (2011). Prevalence of anemia and associated factors in children aged 6-59 months in Pernambuco, Northeastern Brazil. Revista de saude publica, 45(3):457-66
- UC San Diego Health. (s. f.). Trastornos del desarrollo en niños. UC San Diego Health. Consultado el 20 de mayo de 2024.
- Velásquez, J., Rodríguez, Y., Gonzáles, M., Astete, L., Loyola, J., Vigo, W., Rosas, Á. (2016). Factores asociados con la anemia en niños menores de tres años en Perú: análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2007-2013. Biomédica, 36(2), 220-229.
- Zavaleta, N. y Astete-Robilliard, L. (2017). Efecto de la anemia en el desarrollo infantil: consecuencias a largo plazo. Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública, 34(4), 716-22.

Estrategias para el control del dengue en las áreas urbanas de Lima: un estudio de incidencia en Lima Sur y Lima Norte♦

Strategies for Dengue Control in Urban Areas of Lima: An Incidence Study in South Lima and North Lima.

Cristian Omar Bocanegra Morales♦♦

Pontificia Universidad Católica del Perú

ORCID: 0009-0000-3078-0157

Paul Alejandro Flores Coapaza♦♦♦

Pontificia Universidad Católica del Perú

ORCID: 0009-0005-6776-7649

Fecha de recepción: 4 de julio del 2024

Fecha de aceptación: 10 de agosto del 2024

ISSN: 2415-2498

Bocanegra, Cristian, & Flores, Paul (2024). «Estrategias para el control del dengue en las áreas urbanas de Lima: un estudio de incidencia en Lima Sur y Lima Norte». *Politai: Revista de Ciencia Política*, Año 15, N.º 24: pp. 109-127.

DOI: <https://doi.org/10.18800/politai.202401.005>

-
- ♦ Agradecemos a Dios por guiarnos con esperanza y propósito. Gracias a los docentes María Antonieta Alva y Juan Pablo Silva por su inspiración y sólida formación. Finalmente, agradecemos profundamente a nuestras familias por su amor, apoyo y paciencia incondicionales.
 - ♦♦ Estudiante de noveno ciclo de la carrera de Gestión y Alta Dirección en la Pontificia Universidad Católica del Perú. Correo electrónico: a20180605@pucp.edu.pe
 - ♦♦♦ Estudiante de Economía en la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Correo electrónico: a20203191@pucp.edu.pe

RESUMEN

El artículo examina la problemática del dengue en el contexto peruano, con un enfoque particular en las áreas urbanas de Lima Sur y Lima Norte, regiones destacadas por su alta incidencia de casos y su representatividad en el panorama epidemiológico del país. La investigación emplea una metodología mixta, combinando análisis cuantitativo de datos epidemiológicos con perspectivas cualitativas obtenidas de estudios sobre salud pública. Además, los resultados revelan una incidencia elevada de dengue en estas zonas, subrayando la necesidad urgente de medidas más efectivas para controlar su propagación.

El estudio utiliza datos cuantitativos sobre la incidencia y prevalencia del dengue, obtenidos de registros de salud y reportes epidemiológicos, y realiza un análisis cualitativo para identificar los factores ambientales, socioeconómicos y sanitarios que contribuyen a la propagación de la enfermedad. Así mismo, se destacan factores como la falta de acceso a servicios básicos y las condiciones ambientales propicias para la proliferación del mosquito vector.

De igual manera, se propone la implementación de tecnologías avanzadas, como los chatbots, mediante un enfoque estratégico fundamentado en la teoría del cambio. Este enfoque busca no solo mitigar la propagación del dengue mediante un diagnóstico temprano y educación comunitaria, sino también mejorar la calidad de vida de las comunidades afectadas, ya que la integración de estas tecnologías tiene como objetivo optimizar la respuesta del sistema de salud, reducir la carga sobre los servicios médicos tradicionales y fomentar una gestión más efectiva y sostenible de la enfermedad.

Palabras claves: *Perú, salud pública, dengue, Tecnologías avanzadas.*

ABSTRACT

The article examines the issue of dengue within the Peruvian context, with a particular focus on the urban areas of Lima Sur and Lima Norte, regions notable for their high incidence of cases and their significance in the country's epidemiological landscape. The research employs a mixed methodology, combining quantitative analysis of epidemiological data with qualitative perspectives derived from public health studies. The results reveal a high incidence of dengue in these areas, highlighting the urgent need for more effective measures to control its spread.

The study utilizes quantitative data on dengue incidence and prevalence, obtained from health records and epidemiological reports, and conducts a qualitative analysis to identify the environmental, socioeconomic, and health-related factors contributing to the disease's spread. Factors such as limited access to basic services and environmental conditions conducive to mosquito vector proliferation are emphasized.

Additionally, the article proposes the implementation of advanced technologies, such as chatbots, through a strategic approach based on the theory of change. This approach aims not only to mitigate the spread of dengue through early diagnosis and community education but also to improve the quality of life for affected communities. The integration of these technologies is intended to optimize the health system's response, reduce the burden on traditional medical services, and promote a more effective and sustainable management of the disease.

Keywords: *Peru, public health, dengue, Advanced technologies.*

1. Introducción

1.1. Importancia del dengue como desafío persistente para la salud pública

En las últimas décadas, el dengue ha sido un desafío persistente para la salud pública en diversas regiones del mundo. En el caso específico del Perú, no ha sido ajeno a la amenaza que representa esta enfermedad transmitida por el *Aedes aegypti*, mosquito del dengue. Además, con una combinación de factores climáticos, condiciones ambientales y limitaciones en el sistema de salud, el dengue ha encontrado un terreno propicio para su propagación en ciertas áreas del territorio peruano. A medida que el tiempo avanza, la contención del dengue se configura como una prioridad indiscutible en la agenda sanitaria global, demandando no solo la implementación rigurosa de estrategias preventivas y de control, sino también una intensificación en la concienciación pública y una acción concertada a nivel nacional e internacional. En este contexto, el dengue emerge como una preocupación crítica en términos de salud pública, dado su impacto directo y considerable en la calidad de vida de las poblaciones afectadas, evidenciado por las alarmantes tasas de incidencia y propagación. La creciente extensión de esta enfermedad, exacerbada por la insuficiencia de información sobre las medidas preventivas efectivas, presenta un desafío formidable tanto para las autoridades sanitarias como para la sociedad en su conjunto, requiriendo una respuesta multifacética que integre esfuerzos de vigilancia epidemiológica, educación comunitaria y cooperación internacional.

La población más afectada son los ciudadanos con niveles socioeconómicos bajos, lo cual influye en su acceso a la atención médica y su capacidad para enfrentar enfermedades como el dengue (IPSOS, 2023). Además, ciudadanos con problemas en el acceso a centros de salud subrayan la importancia de abordar las barreras en el acceso a la atención médica, lo que puede ser crucial para la detección temprana y el tratamiento de enfermedades (INEI, 2016). Estas situaciones reflejan una problemática en cuanto a estrategias centradas en la prevención y el control del vector para combatir enfermedades transmitidas por mosquitos como el dengue. A pesar de la abundancia de investigaciones sobre la incidencia del dengue y las estrategias de control vectorial en el contexto global y nacional, existe un vacío en la literatura en cuanto a la evaluación del impacto de las intervenciones de salud pública específicas dirigidas a las poblaciones vulnerables en áreas urbanas de Lima Sur y Lima Norte. En este marco, el presente artículo se propone examinar el fenómeno del dengue en el contexto específico del Perú, con un enfoque particular en las regiones de Lima Sur y Lima Norte. Para ello, se lleva a cabo un análisis del problema del dengue en el país, sustentado en datos cuantitativos detallados sobre la incidencia y prevalencia de la enfermedad, con una atención especial a las poblaciones más gravemente afectadas, particularmente en la capital. Además, se observa que las estrategias convencionales de control vectorial han resultado ser inadecuadas para mitigar eficazmente los brotes epidémicos, especialmente en áreas urbanas con alta densidad poblacional como Lima Norte y Lima Sur. En vista de estas limitaciones, se sugiere la adopción de enfoques innovadores para la prevención y el control del dengue, incluyendo la integración de tecnologías avanzadas, tales como chatbots, que faciliten el diagnóstico temprano y fortalezcan la educación sobre la enfermedad, optimizando así las intervenciones sanitarias y promoviendo una mayor efectividad en la gestión de la crisis sanitaria.

1.2. Incidencias de brotes de dengue en las Américas y objetivos estatales

En los últimos años, se ha registrado un aumento significativo en la incidencia de brotes epidémicos globales asociados con la picadura del mosquito. El dengue, una enfermedad viral transmitida a través de estos mosquitos infectados, ha mostrado una propagación alarmante en diversas regiones, con un incremento notable en los reportes de casos, especialmente en las Américas y África, según datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2023. En el contexto regional de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informó que hasta marzo de 2024 se habían confirmado aproximadamente 3.5 millones de casos de dengue, evidenciando la magnitud del problema y subrayando la necesidad de reforzar las estrategias de prevención y control para abordar eficazmente esta crisis sanitaria. Ello subraya que el problema del dengue es una grave amenaza para la salud pública y continuará empeorando si no se implementa un plan de prevención eficaz. En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA), a través del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, lidera las acciones de prevención del dengue, y trabaja en colaboración con los gobiernos locales y regionales para implementar un plan integral. Este plan tiene como objetivo principal reducir el impacto del dengue en la salud pública, especialmente la morbimortalidad, durante el año 2024.

Ello se manifiesta en la implementación del “Plan de Prevención y Control del Dengue 2024” a nivel nacional, diseñado con el propósito de reducir tanto la incidencia de casos como la mortalidad asociada a esta enfermedad, particularmente en las poblaciones de mayor riesgo. Este programa, que ha sido aprobado mediante la Resolución Ministerial N.º 082-2024/MINSA, cuenta con un presupuesto asignado de S/ 107 585 222.00, transferido el 3 de enero de 2024. El objetivo general del plan es disminuir la incidencia y mortalidad por dengue a nivel nacional, mientras que sus objetivos específicos abarcan la mejora de la vigilancia epidemiológica y la investigación de brotes, la facilitación del acceso al diagnóstico y tratamiento clínico, el perfeccionamiento de las competencias del personal de salud en la gestión de la enfermedad, la optimización de la respuesta de los Laboratorios de Referencia Regional en el diagnóstico, el control de la infestación del vector, la implicación activa de las autoridades y comunidades locales, la promoción del conocimiento público sobre medidas preventivas, y el fomento de la investigación científica en la materia.

2. Diagnóstico

2.1. Datos cuantitativos sobre la incidencia y prevalencia del dengue en el Perú

La situación se torna particularmente crítica debido al aumento alarmante en la tasa de contagios de dengue durante el año 2024, como lo documentan los estudios del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Hasta la semana 14 de dicho año, se habían reportado un total de 134,034 casos a nivel nacional. Este incremento resulta notable en comparación con el mismo periodo del año anterior, ya que se observa un aumento exponencial en la incidencia, con una diferencia de 100,202 casos adicionales entre 2023 y 2024, según se ilustra en la Figura 1. Este dato resalta la magnitud del brote y la urgencia de implementar medidas efectivas para contener la propagación de la enfermedad.

Figura 1
Número de casos de dengue en el Perú entre los años 2018 y 2024



Nota. Adaptación con base en el MINSA, 2024 [Semana 14]

El informe emitido por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades indica que, hasta la semana epidemiológica 14 del año 2024, se han registrado un total de 137 defunciones atribuibles al dengue en el Perú, según se ilustra en la Figura 2. Además, de acuerdo con el reporte de la Sala Situacional del MINSA, se han reportado 20 muertes recientes, además de 22 defunciones previas, destacando estos períodos como los de mayor incidencia de mortalidad vinculada a esta enfermedad. En contraste con el mismo periodo del año anterior, los datos revelan un incremento alarmante, con un aumento de hasta cuatro veces en el número de fallecimientos en comparación con 2023, subrayando la gravedad de la situación y la necesidad urgente de intensificar las estrategias de control y prevención.

Figura 2
Número de defunciones por dengue en el Perú entre los años 2018 y 2024



Nota. Adaptación con base en el MINSA, 2024 [Semana 14].

En términos de distribución geográfica de las defunciones por dengue, se evidencia que hasta la fecha se han registrado casos en 14 de las 25 regiones del país. Las regiones costeras destacan especialmente, con Lima liderando en número de defunciones, reportando un total de 26 fallecimientos, convirtiéndose en una de las áreas más gravemente afectadas, con 17 de estos decesos ocurriendo en Lima Metropolitana. A continuación, las regiones de La Libertad y Áncash presentan cifras igualmente preocupantes, con 23 muertes cada una, seguidas por Ica con 21 defunciones, Lambayeque con 18, y Piura con 17, como se ilustra en la Figura 3. Este patrón geográfico subraya la concentración de la mortalidad en la zona costera y la necesidad de focalizar esfuerzos de intervención en estas regiones particularmente vulnerables.

Figura 3
Número de casos de dengue según departamentos en el Perú
entre los años 2018 y 2024



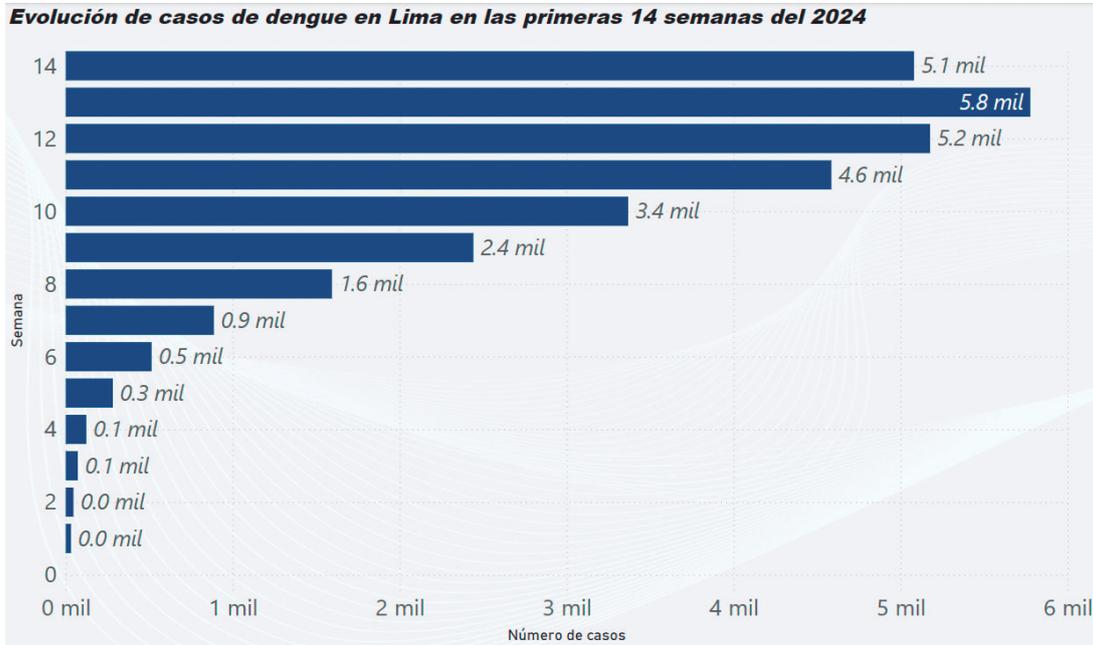
Nota. Adaptación con base en el MINSa, 2024 [Semana 14].

Así mismo, de la Figura 3, se identifica a Lima, La Libertad, Ica, como las regiones más afectadas por el dengue. Ello evidencia la relevancia de destacar que Lima lidera el número de casos, con un total de 29,975 reportados. Estos datos reflejan un incremento significativo en comparación con los registros del año anterior, lo que sugiere que el plan de prevención y control contra el dengue no ha logrado cumplir sus objetivos establecidos. Cabe señalar que, en cuanto a crecimiento de casos confirmados por semana, se destaca la región de Lima, que ha alcanzado un récord histórico de 17,673 casos en la semana 12, progresivamente ascendiendo a 22,360 casos en la semana 13 y 29,975 casos en la semana 14. De esta manera, la preocupación por la propagación del dengue es semejante a la de América Latina, y, incluso, ha sido expresada por un representante de la OPS, quien advierte sobre la posibilidad de enfrentar “la temporada más grave” de la enfermedad.

2.2. Población afectada por el dengue en Lima

Figura 4

Evolución de casos de dengue en Lima en las primeras 14 semanas del 2024



Nota. Adaptación con base en el MINSa, 2024 [Semana 14].

Dada la alta tasa de contagios en Lima como se ilustra en la Figura 4, resulta relevante focalizar el estudio en esta zona, ya que además de registrar la mayor tasa de incidencia, es la región más densamente poblada del Perú. Esta situación implica un riesgo elevado de propagación rápida del virus debido a la alta densidad poblacional. Incluso, el clima subtropical de Lima crea condiciones favorables para la proliferación del mosquito, aumentando la probabilidad de brotes endémicos. Así mismo, las condiciones medioambientales propicias, como la presencia de zonas con agua estancada, como charcos, recipientes de agua no cubiertos, y desagües mal mantenidos, proporcionan lugares ideales para la reproducción de mosquitos. Además, la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Centro ha detectado un total de 224,355 recipientes destinados al almacenamiento de agua, de los cuales al menos 1,503 estaban contaminados con el vector. Por lo tanto, el estudio detallado de la región de Lima se vuelve fundamental para proteger a una gran parte de la población. Por lo tanto, el estudio detallado de la región de Lima se vuelve fundamental para proteger a una gran parte de la población. Esto no solo ayuda a identificar las áreas de mayor riesgo y a implementar estrategias de control específicas, sino que también aborda el bajo nivel de conocimiento público. Según datos de la Encuesta Nacional de Programas Presupuestales (ENAPRES), solo una pequeña proporción de la población de Lima es capaz de identificar los síntomas del dengue, lo que puede retrasar el diagnóstico y tratamiento oportuno, así como la adopción de medidas preventivas. A través de una investigación exhaustiva, se pueden diseñar programas de educación y concienciación más efectivos, mejorando así la capacidad de respuesta de la comunidad y reduciendo la incidencia y mortalidad del dengue.

2.3. Criterios de focalización para dirigir intervenciones específicas en Lima

La identificación de distritos afectados por el dengue reviste una importancia crítica para la priorización de intervenciones y la implementación de alertas epidemiológicas. Por lo que, la consideración de los niveles socioeconómicos es fundamental, dado que los distritos con recursos limitados pueden enfrentar mayores dificultades para implementar medidas preventivas efectivas, lo cual podría exacerbar la incidencia de casos de dengue. Además, el acceso dispar a los servicios de salud juega un rol crucial en la identificación de poblaciones vulnerables y en la mitigación de la propagación y mortalidad asociada con esta enfermedad. Asimismo, la densidad poblacional emerge como un criterio prioritario, dado que los distritos con alta concentración demográfica requieren una intervención más rigurosa. Por último, las condiciones ambientales, incluidos los microclimas característicos de Lima Metropolitana, son determinantes en la propagación del mosquito, subrayando la necesidad de identificar áreas con alto potencial para la proliferación del mosquito y la implementación de medidas preventivas específicas y adecuadas.

Para abordar la problemática de salud pública en las zonas de estudio, es esencial considerar varios indicadores clave. Según datos de IPSOS (2023), aproximadamente 3,016,524 ciudadanos se encuentran en niveles socioeconómicos bajos en estas áreas, reflejando las dificultades económicas que enfrentan para acceder a servicios de salud adecuados. Además, según INEI (2016), alrededor de 1,281,632 personas enfrentan obstáculos significativos para acceder a centros de salud, limitando su capacidad de recibir atención médica oportuna. Los casos reportados de dengue alcanzan los 2,552,844, subrayando la magnitud del problema y la urgencia de medidas preventivas y de atención específicas. Así mismo, aproximadamente 312,593 personas enfrentan problemas con el acceso al agua, lo que contribuye a la proliferación de focos de dengue (Superintendencia Nacional de Servicios de Saneamiento, 2023). Estos datos fundamentan la identificación de necesidades prioritarias y el diseño de intervenciones efectivas para abordar los desafíos de salud pública en estas comunidades vulnerables.

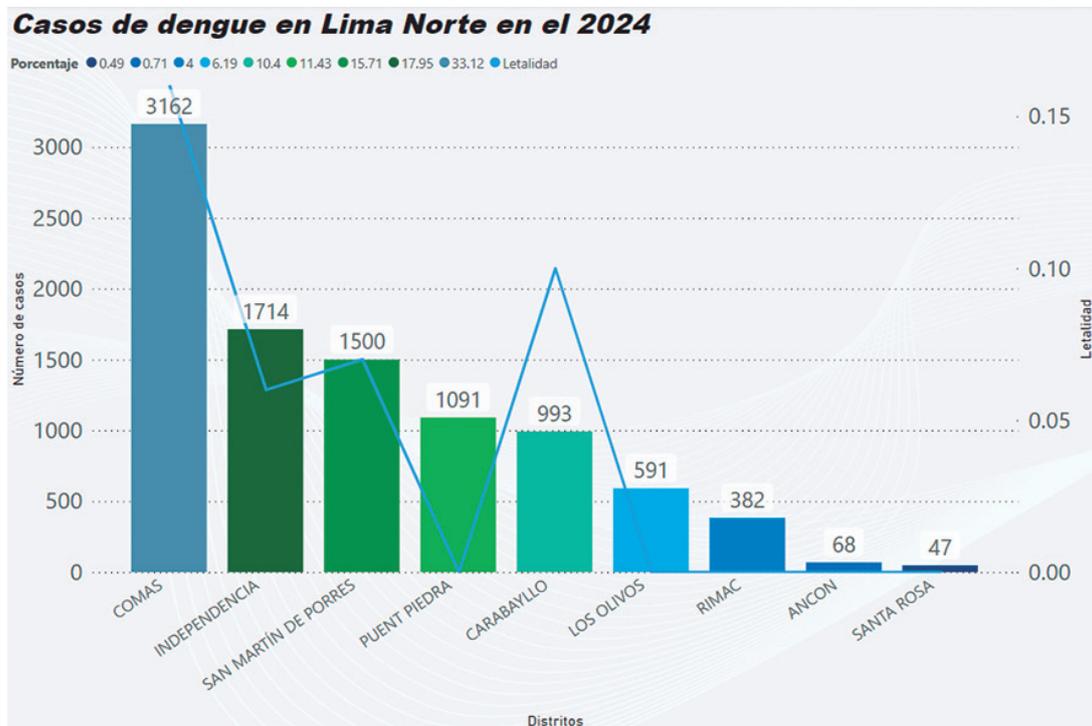
En base a los criterios de focalización, este estudio tiene como objetivo dirigirse hacia la población más vulnerable frente al aumento de casos de dengue en Lima Metropolitana, especialmente en Lima Norte y Lima Sur, donde se concentra la mayor incidencia de esta enfermedad (MINSA, 2024). Estas áreas seleccionadas cumplen con los criterios mencionados previamente, al ser las de mayor densidad poblacional en Lima y contar con condiciones ambientales propicias para la proliferación del mosquito vector. Se estima que la población potencialmente afectada asciende a aproximadamente 2,677,531 habitantes.

2.4. Evaluación del impacto del dengue en Lima Sur y Lima Norte

Mencionado lo anterior, en el lado norte, se encuentran Comas, Independencia, San Martín de Porres, Puente Piedra, Carabayllo, Los Olivos, Rímac, Ancón y Santa Rosa. Mientras que, en el lado Sur, se encuentran Villa María del Triunfo, San Juan de Miraflores, Pucusana, Villa El Salvador, Chorrillos, Pachacámac, Lurín, Santiago de Surco y Barranco, junto con otros distritos, que también se encuentran en una situación de alto riesgo. Evidentemente, se considera crucial dirigir los esfuerzos de prevención y control hacia estos sectores, con el fin de mitigar el impacto del dengue y proteger a la población más vulnerable de Lima Metropolitana. Así mismo, este panorama se ha agravado debido a que, según datos de la

Encuesta Nacional de Programas Presupuestales (ENAPRES) en el 2023, sólo el 10,9% de la población de Lima metropolitana puede identificar más de cuatro síntomas del dengue; sin embargo, la gran mayoría solo puede identificar dos síntomas.

Figura 5



Casos de dengue en Lima Norte en el 2024

Nota. Adaptación con base en el MINSA, 2024 [Semana 14].

Así mismo, en la Tabla 1, se proporciona una visión detallada de la distribución de casos de dengue en Lima Norte, así como de la gravedad de la enfermedad en cada distrito en términos de tasas de incidencia y letalidad.

Tabla 1

Tabla de casos de dengue en Lima Norte

CASOS DENGUE LIMA NORTE				
Distrito	CASOS	%	POR 100 MIL HAB	LETALIDAD
COMAS	3162	33.12	527.59	0.16
INDEPENDENCIA	1714	17.95	748.01	0.06
SAN MARTÍN DE PORRES	1500	15.71	188.72	0.07
PUENTE PIEDRA	1091	11.43	261.55	0.00
CARABAYLLO	993	10.40	230.10	0.10
LOS OLIVOS	591	6.19	161.58	0.00
RIMAC	382	4.00	207.48	0.00
ANCÓN	68	0.71	71.60	0.00
SANTA ROSA	47	0.49	107.59	0.00
TOTAL	9548	100.00	302.10	0.08

Nota. Adaptación con base en el MINSA, 2024 [Semana 14].

De acuerdo con la Figura 5 y la Tabla 1, en Lima Norte, los distritos de Comas, Independencia y San Martín de Porres presentan las tasas de incidencia más elevadas de dengue, con porcentajes del 33.12%, 17.95% y 15.71%, respectivamente. En particular, Comas destaca con una incidencia de 527.59 casos por cada 100,000 habitantes, lo que indica una alta concentración de casos en comparación con otros distritos. Aunque la tasa de letalidad general es baja, estos altos niveles de incidencia sugieren una dispersión significativa del dengue en estas áreas. Este patrón señala la necesidad de una intervención dirigida y sostenida, centrada en la implementación de medidas de control más efectivas y estrategias de prevención específicas para reducir la propagación de la enfermedad y mejorar la respuesta de salud pública en estos distritos críticos.

Figura 6



Nota. Adaptación con base en el MINSA, 2024 [Semana 14].

Así mismo, en la Tabla 2, se proporciona una visión detallada de la distribución de casos de dengue en Lima Norte, así como de la gravedad de la enfermedad en cada distrito en términos de tasas de incidencia y letalidad.

Respecto a la Figura 6, y su Tabla 2, en contraste, en Lima Sur, Villa María del Triunfo lidera en casos de dengue con una tasa de incidencia del 31.65%, seguido por San Juan de Miraflores con 16.61%. Aunque, la letalidad es aún más baja en esta zona comparada con Lima Norte, la alta tasa de incidencia en distritos como Pucusana (4323.06 por cada 100,000 habitantes) indica una situación crítica que demanda atención urgente.

Tabla 2
Tabla de casos de dengue en Lima Sur

CASOS DENGUE LIMA SUR				
DISTRITO	TOTAL	%	POR 100 MIL HAB.	LETALIDAD
VILLA MARIA DEL TRIUNFO	1985	31.65	416.25	0.05
SAN JUAN DE MIRAFLORES	1042	16.61	243.02	0.00
PUCUSANA	835	13.31	4323.06	0.12
VILLA EL SALVADOR	727	11.59	164.67	0.00
CHORRILLOS	615	9.81	164.64	0.00
PACHACAMAC	482	7.68	307.87	0.00
LURIN	276	4.40	239.14	0.00
SANTIAGO DE SURCO	255	04.07	60.15	0.00
BARRANCO	18	0.29	49.48	0.00
DEMÁS DISTRITOS	37	0.59	82.20	0.00
TOTAL	6272	100.00	249.16	0.05

Nota. Adaptación con base en el MINSA, 2024 [Semana 14].

3. Teoría del cambio y cadena de valor

3.1. Aplicación de la teoría del cambio a la prevención y control del dengue en Perú

En el contexto de la gestión estratégica para abordar la alta incidencia de casos y elevada tasa de letalidad por dengue en Lima Sur y Norte, se emplea una matriz de problemas y soluciones como marco analítico. La matriz de problemas identifica los desafíos fundamentales relacionados con la respuesta de la atención primaria de salud, la gestión ineficiente de residuos sólidos y la acumulación de criaderos potenciales del mosquito, así como la insuficiencia de recursos y capacitación del personal de salud, pues datos cuantitativos de la Defensoría del Pueblo revelan graves deficiencias en la infraestructura y escasez de personal en los centros de salud de Lima, pues La Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 destaca que el 77% de estos establecimientos carece de capacidad instalada adecuada, limitando severamente su capacidad para ofrecer atención médica efectiva y oportuna. Así mismo, el Ministerio de Salud identifica las condiciones climáticas como un factor clave que favorece la proliferación del mosquito transmisor del dengue, ya que el aumento de la temperatura, la humedad y las lluvias intensas crean un entorno propicio para la reproducción del *Aedes aegypti*, exacerbando así la incidencia de casos y muertes por dengue. Por otro lado, la matriz de soluciones presenta un conjunto de intervenciones específicas dirigidas a abordar cada problema identificado de manera estratégica. Entre las medidas propuestas se destacan la mejora en la gestión de residuos sólidos y el acceso al agua potable, así como el fortalecimiento de

la capacitación del personal de salud y la optimización de la organización de los servicios médicos para garantizar un diagnóstico temprano y una atención eficiente. Este enfoque, basado en la gestión por resultados, facilita una planificación más eficaz y orientada a logros concretos, promoviendo un impacto positivo en la prevención y control del dengue en las áreas vulnerables de Lima. En consecuencia, el énfasis en proporcionar una atención eficiente para el diagnóstico temprano de enfermedades, específicamente el dengue, se convierte en un elemento crucial para mejorar la respuesta sanitaria y mitigar el impacto de la enfermedad en estas regiones.

Se propone la implementación de tecnologías avanzadas, como los chatbots, en el ámbito de la atención médica, lo que representaría un avance significativo en la prevención y control del dengue. Según investigaciones como la de Amaia (2019), estos sistemas no solo facilitan la identificación temprana de síntomas y proporcionan educación sobre la enfermedad, sino que también permiten una gestión más eficiente de la atención sanitaria al ofrecer herramientas de diagnóstico accesibles y fáciles de usar. Por ejemplo, los chatbots pueden guiar a los usuarios a través de cuestionarios de autoevaluación para determinar la probabilidad de infección y proporcionar recomendaciones sobre si buscar atención médica.

Además, al integrar chatbots en los sistemas de salud, se podría aliviar la presión sobre las clínicas y hospitales al reducir el volumen de consultas inofensivas y permitir que el personal médico se enfoque en casos más complejos. Esta integración tecnológica podría transformar la manera en que se manejan las emergencias de salud pública, optimizando la cadena de valor del cuidado sanitario al disminuir la carga sobre los servicios de atención primaria y mejorar la respuesta preventiva ante brotes epidémicos. Por ejemplo, en el contexto de brotes de dengue, los chatbots podrían notificar a los usuarios sobre brotes locales, proporcionar información sobre medidas preventivas y realizar seguimientos sobre el estado de salud de los pacientes, contribuyendo así a una respuesta más ágil y coordinada.

La integración de chatbots como herramienta de apoyo en la prevención del dengue resulta esencial para transformar los enfoques tradicionales en la atención sanitaria. Investigaciones previas, como las de Olier et al. (2023) en el ámbito de la salud mental y Kobori et al. (2018) en la identificación de enfermedades de transmisión sexual, han subrayado la eficacia de los chatbots en el diagnóstico y monitoreo de diversas condiciones de salud. Esta aplicación avanzada no solo facilita la educación de la población en torno a los síntomas y estrategias preventivas del dengue, sino que también refuerza la capacidad de respuesta del sistema de salud al proporcionar un acceso ágil y fiable a la atención médica virtual. De este modo, se minimiza la propagación de la enfermedad y se optimiza la gestión de los recursos estatales, contribuyendo a una respuesta más eficiente y efectiva ante brotes epidémicos.

La implementación de chatbots en el sector de la salud ha sido objeto de investigaciones extensas como una estrategia eficaz para optimizar la comunicación

y los servicios médicos. Liou y Vo (2024) destacan que estos sistemas son altamente valorados por su capacidad para mejorar la accesibilidad, escalabilidad y eficiencia operativa en la atención sanitaria. Además de facilitar la evaluación de riesgos y la difusión de información crítica, los chatbots actúan como un complemento valioso para las actividades de los trabajadores de salud pública, aliviando las restricciones de capacidad y fortaleciendo la eficacia en la gestión de crisis sanitarias, como las pandemias. De esta manera, los chatbots no solo contribuyen a una mejor distribución de la información, sino que también optimizan la respuesta global ante emergencias de salud pública (Liou & Vo, 2024).

3.2. Optimización de la cadena de valor en la gestión del dengue.

La ineficacia del sistema de salud peruano para gestionar eficazmente el dengue se atribuye en gran medida a la falta de preparación y recursos adecuados. En contraste con otros países de la región que cuentan con vacunas y profesionales especializados en enfermedades como el dengue, Perú carece de estos recursos fundamentales. La ausencia de un programa sólido de prevención y tratamiento del dengue, combinada con la falta de monitoreo de síntomas y medidas preventivas tempranas, agrava la situación, especialmente en casos de dengue hemorrágico o síndrome de shock, contribuyendo significativamente a las altas tasas de mortalidad (Ministerio de Salud, 2023). Además, a pesar de que existen vacunas aprobadas en otros países latinoamericanos para controlar la propagación del dengue, la OPS aún no ha autorizado su implementación en Perú (Ayarza, 2023).

Cabe señalar que, la propagación del dengue está significativamente influenciada por la desinformación ciudadana sobre las medidas preventivas necesarias y la falta de supervisión sanitaria para asegurar el cumplimiento de las políticas de prevención (Ministerio de Salud, 2023). De ello se desprende, la integración de sistemas de IA como los chatbots que busca optimizar la cadena de valor en la gestión del dengue al proporcionar una respuesta ágil y eficiente ante la detección de casos y la educación comunitaria. Según Amaia (2019), la accesibilidad y facilidad de uso de estas tecnologías mejoran la calidad de la salud pública al facilitar el diagnóstico temprano y la atención preventiva. Esto no solo reduce los costos asociados con la atención de emergencia, sino que también fortalece la capacidad de los sistemas de salud para gestionar epidemias y mejorar los resultados de salud de la población afectada. Así mismo, la simplificación de procesos operativos como la programación de citas médicas y la distribución de recursos. Mejora también la comunicación interinstitucional, facilitando la coordinación entre diferentes niveles de atención médica para una respuesta integrada y eficaz ante brotes de dengue. Esta estrategia no solo reduce costos y tiempos, sino que también fortalece la capacidad del sistema de salud para enfrentar eficazmente la propagación del dengue y mejorar la atención a los pacientes afectados (Amaia, 2019; Olier et al., 2023).

4. Conclusiones

En 2024, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades reportó un alarmante aumento en la tasa de contagios de dengue en Perú, con 134,034 casos registrados hasta la semana 14. Esta cifra representa un incremento exponencial respecto a años anteriores, con una diferencia de 100,202 personas infectadas entre 2023 y 2024. El mismo informe revela que, hasta la semana 14 de 2024, se registraron 137 defunciones atribuidas al dengue, lo que marca un aumento de hasta cuatro veces más fallecimientos en comparación con el mismo período del año anterior. Evidentemente, Lima, además de registrar la mayor tasa de incidencia, es la región más densamente poblada del Perú, lo que implica un alto riesgo de propagación rápida del virus. Además, en las primeras 14 semanas de 2024, Lima alcanzó un récord histórico de casos, lo que sugiere que el plan de prevención y control contra el dengue no ha cumplido sus objetivos, ya que la combinación de alta densidad poblacional y condiciones climáticas favorables para el mosquito *Aedes aegypti* agravaron la situación.

Acerca de las actividades operativas, se ha identificado que existen enlaces que no están funcionando eficazmente, lo que contribuye al persistente aumento de casos de dengue. Por lo tanto, es crucial verificar y optimizar estos enlaces, especialmente aquellos enfocados en la atención al ciudadano, ya que el abordaje integral del dengue debe abarcar múltiples aspectos, como se expone en la Resolución Ministerial, desde la prevención hasta el tratamiento y la educación pública, ya que la implementación de un programa de control vectorial efectivo, que incluya la fumigación periódica de áreas afectadas y la eliminación de criaderos de mosquitos en hogares y comunidades, es fundamental para reducir la tasa de contagios. Además, las campañas de concientización pública deben educar a la población sobre las medidas preventivas, los síntomas del dengue y la importancia de buscar atención médica temprana (OMS, 2023). Así mismo, se considera importante destacar el impacto del cambio climático en la reproducción del mosquito *Aedes aegypti*, puesto que, las condiciones climáticas extremas, como periodos prolongados de sequía o cambios abruptos de temperatura, pueden afectar negativamente los criaderos de mosquitos, disminuyendo su proliferación. Este fenómeno puede ser aprovechado para reforzar las medidas de prevención y control, utilizando datos climáticos para anticipar y mitigar los brotes de dengue de manera más eficaz.

A nivel de atención médica, es necesario verificar la ejecución eficaz del tratamiento del dengue y garantizar el acceso oportuno a pruebas de laboratorio y tratamientos adecuados. Esto ayudaría a reducir significativamente la tasa de letalidad (OPS, 2020). La revisión de estos aspectos operativos son destacables, según lo establecido en la Resolución Ministerial N.º 082-2024/MINSA. Aunque, se ha observado un decrecimiento exponencial en los casos de dengue debido a las intervenciones implementadas, todavía persisten contagios. Esto indica que, si bien las estrategias están funcionando, se requiere una optimización continua y una adaptación de las mismas para abordar las áreas donde los brotes aún son frecuentes. Así pues, la mejora constante de los programas de control y la

integración de nuevas tecnologías y datos científicos son esenciales para lograr un control sostenible del dengue a largo plazo.

La teoría del cambio se aplica a la gestión del dengue en las regiones de Lima Sur y Lima Norte mediante la resolución de la matriz de problemas identificada, utilizando principalmente la implementación de tecnologías avanzadas como los chatbots para el diagnóstico temprano y la educación sobre la enfermedad. Estos sistemas tecnológicos facilitan una gestión más eficiente de la atención sanitaria al ofrecer herramientas de diagnóstico accesibles y automatizadas, reduciendo así la carga sobre los sistemas de atención primaria. Por ejemplo, los chatbots pueden realizar evaluaciones preliminares de los síntomas y proporcionar recomendaciones inmediatas sobre la necesidad de consulta médica, lo que permite priorizar los casos más urgentes y optimizar el uso de recursos.

Así mismo, la integración de chatbots contribuye a mejorar la respuesta preventiva ante brotes epidémicos al permitir una difusión rápida y eficaz de información sobre medidas preventivas y alertas de brotes locales. Estos sistemas no solo educan a la población en medidas de autocuidado y prevención, sino que también recopilan datos en tiempo real sobre la incidencia de casos, lo que fortalece la capacidad de respuesta del sistema de salud al proporcionar información crítica para la toma de decisiones. En consecuencia, esta aplicación tecnológica no solo optimiza la cadena de valor del cuidado sanitario, sino que también refuerza la capacidad de los servicios de salud para manejar y controlar la propagación del dengue de manera más eficaz.

Cabe señalar que, la desinformación ciudadana sobre medidas preventivas y la falta de supervisión sanitaria también contribuyen a la propagación del dengue y altas tasas de mortalidad. Es importante destacar que la desinformación ciudadana sobre las medidas preventivas y la falta de supervisión sanitaria contribuyen significativamente a la propagación del dengue y a las altas tasas de mortalidad asociadas con la enfermedad. En este contexto, la integración de sistemas de inteligencia artificial, como los chatbots, se presenta como una estrategia crucial para optimizar la cadena de valor en la gestión del dengue. Estos sistemas avanzados facilitan una respuesta ágil y efectiva al proporcionar diagnóstico temprano y educación comunitaria.

Así mismo, la implementación de estas tecnologías también mejora la comunicación interinstitucional al proporcionar datos en tiempo real sobre la incidencia de casos, lo que permite una coordinación más eficaz entre diferentes entidades de salud. En consecuencia, la capacidad del sistema de salud para enfrentar brotes de dengue se fortalece, asegurando una respuesta más rápida y eficiente y mejorando la atención a los pacientes afectados. Este enfoque no solo optimiza los recursos disponibles, sino que también contribuye a una gestión más efectiva y proactiva ante la enfermedad.

REFERENCIAS

- Ayarza, K. (2023, May 11). Dengue en Perú: *¿Existe una vacuna contra esta enfermedad en el país?*. La República.pe. <https://larepublica.pe/sociedad/2023/05/11/dengue-en-peru-que-vacuna-hay-lugares-donde-se-aplica-y-todo-lo-que-debes-saber-emergencia-por-dengue-en-peru-minsa-352748>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2016). *El 75,4% de la población del país tiene un seguro de salud* [Nota de prensa]. Recuperado el 28 de abril de 2024, de <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-754-de-la-poblacion-del-pais-tiene-un-seguro-de-salud-9155/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2016, January 15). *Cerca de 10 millones de personas viven en Lima Metropolitana* [Nota de prensa]. <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/cerca-de-10-millones-de-personas-viven-en-lima-metropolitana-8818/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2023). *Encuesta Nacional de Programas Presupuestales* [Capítulo 700: Salud]. Recuperado de https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/Detalle_Encuesta.asp?CU=19558&CodEncuesta=903&CodModulo=1820&NombreEncuesta=Encuesta+Nacional+de+Programas+Presupuestales+-+ENAPRES&NombreModulo=CAP%C3%8DTULO+700+:+SALUD
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2016, June 17). *El 75,4% de la población del país tiene un seguro de salud* [Nota de prensa]. <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-754-de-la-poblacion-del-pais-tiene-un-seguro-de-salud-9155/>
- Ipsos (2023). *Explorando los Niveles Socioeconómicos en Perú: La nueva fórmula y puntos claves para su interpretación* [Punto de vista]. Recuperado de <https://www.ipsos.com/es-pe/explorando-los-niveles-socioeconomicos-en-peru-la-nueva-formula-y-puntos-claves-para-su>
- Kobori, Y., Osaka, A., Soh, S., & Okada, H. (2018, May 18). *Novel application for sexual transmitted infection screening with an AI chatbot*. The Journal of Urology, 199(4S), e189. <https://www.auajournals.org/doi/epdf/10.1016/j.juro.2018.02.516>

- Liou, J. J. H., & Vo, T. T. (2024). *Exploring the Relationships among Factors Influencing Healthcare Chatbot Adoption*. Sustainability, 16(12), 5050. <https://doi.org/10.3390/su16125050>
- López García de Albizu, A. (2019). *Propuesta de diseño de un chatbot informativo para la población sobre la gripe* [Trabajo de fin de grado, Universidad Pública de Navarra]. https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/33342/lopez_110415_TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ministerio de Salud (2017). *Reglamento de Organización y funciones del Ministerio de Salud*. Gob.pe. Recuperado de <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1199610/reglamento-de-organizacion-y-funciones-del-ministerio-de-salud-rof-minsa-ds-n-008-2017-sa.pdf?v=1596561025>
- Ministerio de Salud (2017). *Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud* (Decreto Supremo N° 008-2017-SA). Ministerio de Salud. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1068319-reglamento-de-organizacion-y-funciones-del-ministerio-de-salud-decreto-supremo-n-008-2017-sa>
- Ministerio de Salud (2023). *Programa Presupuestal para enfermedades 0017: Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis*. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2022/reporte-seguimiento/Reporte%20al%201%20Semestre%202022_PP_0017.pdf
- Ministerio de Salud (2024). *Sala situacional*. Viceministerio de Salud Pública. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/salas-situacionales/sala-de-situacion-nacional/>
- Ministerio de Salud (2024, February 5). *Resolución Ministerial N.º 082-2024-MINSA*. Olier, J. P., Ferreras, B. I., Guzmán-Sabogal, Y., Peña, D. V., & Ramírez Cruz, M. A. (2024). Uso de herramientas virtuales para el abordaje inicial en pacientes con síntomas de salud mental: Una revisión de la literatura. *Persona y Bioética*, 24(1), 1-13. <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/22257/7921>
- Organización Mundial de la Salud (2023). *A medida que aumentan los casos de dengue a nivel mundial, el control de vectores y la participación comunitaria son clave para prevenir la propagación de la enfermedad*. OMS. <https://www.paho.org/es/noticias/3-8-2023-medida-que-aumentan-casos-dengue-nivel-mundial-control-vectores-participacion>

Organización Mundial de la Salud (2023, December 21).

Dengue - Situación mundial [Noticia]. <https://www.who.int/es/emergencias/disease-outbreak-news/item/2023-DON498>

Organización Mundial de la Salud (2021, April 26).

Se activa el servicio de alertas sanitarias de la OMS por WhatsApp en español. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/who-health-alert-brings-covid-19-facts-to-billions-via-what-sapp>

Organización Mundial de la Salud (2023, October 16).

Dengue - Región de las Américas. <https://www.who.int/es/emergencias/disease-outbreak-news/item/2023-DON475>

Superintendencia Nacional de Servicios de Saneamiento (2023).

Sunass: en Lima Metropolitana hay más de 635 mil personas sin cobertura de agua potable [Nota de prensa]. Recuperado el 28 de abril de 2024, de <https://www.gob.pe/institucion/sunass/noticias/689765-sunass-en-lima-metropolitana-hay-mas-de-635-mil-personas-sin-cobertura-de-agua-potable>

La judicialización de los derechos reproductivos en perspectiva comparada: el Anticonceptivo Oral de Emergencia en Perú (2006-2009) y Chile (2007-2008)

The judicialization of reproductive rights in comparative perspective: the Emergency Oral Contraceptive in Peru (2006-2009) and Chile (2007-2008)

Nicolás Silva Andujar♦

Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú
ORCID: 0009-0001-3700-3606

María José Marrou Rivera♦♦

Pontificia Universidad Católica del Perú
ORCID: 0009-0008-0995-2370

Hadaly Monzon♦♦♦

Pontificia Universidad Católica del Perú
ORCID: 0009-0005-0192-6141

Fecha de recepción: 28 de julio del 2024

Fecha de aceptación: 15 de agosto del 2024

ISSN: 2415-2498

Silva, Nicolás; Marrou, María-José & Monzon, Hadaly (2024). «La judicialización de los derechos reproductivos en perspectiva comparada: el Anticonceptivo Oral de Emergencia en Perú (2006-2009) y Chile (2007-2009)». *Politai: Revista de Ciencia Política*, Año 15, N.º 24: pp. 129-155.

DOI: <https://doi.org/10.18800/politai.202401.006>

-
- ♦ Estudiante de la especialidad de Ciencia Política y Gobierno en la Pontificia Universidad Católica del Perú. Miembro del área Académica y de Investigaciones del Instituto de Democracia y Derechos Humanos (IDE-HPUCP). Interesado en métodos cuantitativos aplicados a las Ciencias Sociales. Correo electrónico: nicolas.silva@pucp.edu.pe
 - ♦♦ Estudiante de la especialidad de Ciencia Política y Gobierno en la Pontificia Universidad Católica del Perú. Directora de Imagen Institucional de la Asociación Civil Politai. Interesada en áreas de investigación en cooperación internacional, género y relaciones internacionales. Correo electrónico: mjmarrou@pucp.edu.pe
 - ♦♦♦ Estudiante de la especialidad de Ciencia Política y Gobierno de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Miembro de la Dirección de Asuntos Académicos de la PUCP. Interesada en estudios de gobierno abierto e investigación cuantitativa dirigida a las Ciencias Sociales. Correo electrónico: monzon.hadaly@pucp.edu.pe

RESUMEN

Este estudio examina la judicialización de los derechos reproductivos en Perú y Chile, centrándose en la influencia de factores extrajurídicos sobre las decisiones judiciales relativas a la distribución del Anticonceptivo Oral de Emergencia (AOE) durante los períodos 2006-2009 y 2007-2008, respectivamente. Mediante un análisis comparativo, se explora el impacto de la ideología, la cultura jurídica y los movimientos sociales conservadores en la toma de decisiones judiciales en ambos casos. El estudio concluye que estos determinantes, de manera interdependiente, operan como mecanismo causal en el decision-making judicial, explicando el cambio de postura y argumentos, tanto en Chile como en Perú, respectivamente. De igual manera, se evidencia que la judicialización de los métodos anticonceptivos de emergencia ha tenido impactos positivos y negativos sobre el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres.

Palabras claves: *Anticonceptivo Oral de Emergencia, judicialización, derechos reproductivos, Tribunal Constitucional, políticas de salud pública.*

ABSTRACT

This study examines the judicialization of reproductive rights in Peru and Chile, focusing on the influence of extralegal factors on judicial decisions related to the distribution of the Emergency Oral Contraceptive (EOC) during the periods 2006-2009 and 2007-2008, respectively. Through a comparative analysis, the study explores the impact of ideology, legal culture, and conservative social movements on judicial decision-making in both cases. The study concludes that these determinants, acting interdependently, function as causal mechanisms in judicial decision-making, explaining shifts in positions and arguments in both Chile and Peru. Additionally, the study highlights that the judicialization of emergency contraceptive methods has had both positive and negative impacts on women's reproductive rights.

Keywords: *Emergency Contraceptive Pill, judicialization, reproductive rights, Constitutional Court, public health policies.*

1. Introducción:

En América Latina, las cortes desempeñan un papel central en la toma de decisiones políticas. Con el fortalecimiento del sistema de justicia en términos de autonomía y relevancia en las últimas tres décadas del siglo XX, los tribunales se han constituido en arenas de disputa donde la sociedad civil acude para la satisfacción de sus demandas en términos de derechos, ante el desgaste de la vía Ejecutiva y Legislativa como espacios para la toma de decisiones de asuntos ciudadanos (Wilson y Gianella, 2019).

En ese sentido, el desarrollo de jurisprudencia en el ejercicio y defensa de los derechos humanos no solo ha sentado un precedente positivo para la institucionalidad democrática, sino que también ha abierto una ventana de oportunidades para que los ciudadanos, por medio de las cortes, exijan al gobierno cambios para garantizar mejores condiciones de vida. Estas propuestas de cambio se pueden ver reflejadas en la modificación de normativas y políticas, así como en la asignación presupuestaria para bienes y servicios públicos. Inclusive, desde el plano internacional, las cortes se han vuelto actores centrales en la política latinoamericana contemporánea, responsables de la defensa del Estado de derecho y del cumplimiento de los derechos contemplados por sus constituciones y tratados (Helmke y Ríos-Figueroa, 2011).

En la región, el derecho a la salud ha sido sujeto de innovaciones judiciales, evidenciado en nuevas exigencias de los tribunales constitucionales hacia al Estado en prestaciones y servicios, desarrollando un largo historial de jurisprudencia sanitaria (González, 2010). El rol de las cortes latinoamericanas en la configuración de la política sanitaria y el cumplimiento de las obligaciones del Estado respecto al derecho a la salud, ha colocado el foco en la provisión de fármacos y medicamentos como elementos centrales en el correcto ejercicio de la salud a nivel nacional (Zavala, 2012; Biehl, 2013; Abou et al., 2022; Hogerzeil et al., 2006).

No obstante, las decisiones judiciales que atañen a temas impopulares, como los derechos reproductivos, han generado una fuerte ola de contra-movilización e intentos de backlash¹⁷ político (Keck, 2009). El acceso a métodos y tratamientos anticonceptivos, en el marco del derecho a la salud, se ha constituido en un escenario de pugnas por parte de distintos sectores de la sociedad civil, donde las cortes han tomado un rol central en la distribución y prohibición de los mismos. Más allá de los recursos jurídicos que consideran los jueces a la hora de tomar decisiones, el litigio de derechos reproductivos en el marco del derecho a la salud ha evidenciado la influencia de factores no judiciales en el razonamiento y comportamiento de los magistrados. En el tiempo reciente, la distribución gratuita del Anticonceptivo Oral de Emergencia (AOE) o “píldora del día siguiente” ha sido el foco de la tormenta en el plano jurídico regional (lunes y Guerra, 2023).

2. ¿Qué es el Anticonceptivo Oral de Emergencia?

El Anticonceptivo Oral de Emergencia (AOE) es un método anticonceptivo para mujeres, el cual puede utilizarse dentro de los cinco días posteriores a una relación sexual sin protec-

¹⁷ El término “backlash” se refiere a una reacción adversa y organizada en respuesta a una decisión judicial, legislación o cambio normativo. Más allá de la reacción y contra movilización que puede generar una medida, el backlash político implica el uso de poderes constitucionales para expresar desacuerdo con el poder judicial, con el objetivo de alterar sus competencias o jurisprudencia, para evitar que aborde ciertas problemáticas. A pesar de que es un concepto complejo debido a su variabilidad en contenido y magnitud, se aplica a acciones de considerable impacto que buscan influir en las decisiones judiciales.

ción, con el objetivo de prevenir un embarazo no deseado. Este puede ser empleado también frente a episodios de violación sexual o cuando el método anticonceptivo utilizado ha fallado en su función protectora. Sin embargo, cabe resaltar que, como su nombre indica, su uso es de carácter de urgencia, de modo que no puede utilizarse de manera frecuente, puesto que trae diversos efectos secundarios sobre la salud reproductiva de las mujeres (Organización Mundial de la Salud, 2021; Villanueva, 2008)

Si bien desde la década de 1960 los métodos anticonceptivos hormonales se han venido difundiendo en la región, en el plano del desarrollo de evidencia científica, se ha generado una confusión respecto a un supuesto efecto abortivo del AOE. Anterior al año 2000, existía un consenso médico respecto a este método anticonceptivo, donde se consideraba que, además de interferir en la ovulación, podría tener un efecto anti-implantatorio, alterando el endometrio (Villanueva, 2008). La OMS, en 1998, sostenía el mismo argumento, que daba cuenta del estado del conocimiento de los últimos diez años. Sin embargo, entre el 2000 y 2005, se realizaron una serie de investigaciones sobre el uso del AOE, que concluyeron en que este método anticonceptivo sólo previene la fecundación y no interviene en la anidación en caso de que se haya producido la fecundación, y tampoco en el desarrollo de un óvulo que se haya implantado (Organización Mundial de la Salud, 1998; 2021; Villanueva, 2008).

No obstante, la generación de evidencia anterior al año 2000 ha contribuido a confusiones sobre el modo de operar del AOE. Inclusive, las deficiencias en educación sexual y reproductiva en la región han contribuido a un desconocimiento sobre las relaciones sexuales, que se traduce en sesgos y limitaciones para el uso efectivo del AOE. Lo cierto es que este método anticonceptivo no tiene un efecto abortivo, y sus mecanismos de acción se limitan al retraso de la liberación del óvulo cuando se utiliza antes de la ovulación, y a evitar que el esperma se una con el óvulo al afectar el moco cervical o la capacidad de unión propia de los espermatozoides (International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 2009). La eyaculación, ovulación y fecundación propias de las relaciones sexuales, al ocurrir en momentos diferenciados, permiten que el AOE actúe de forma preventiva a la unión del óvulo y el espermatozoide.

Sin embargo, la presencia de sesgos sobre este método anticonceptivo, así como el uso de evidencia desactualizada como recurso jurídico en los litigios de la región, explican por qué la judicialización del AOE es tan compleja y controversial. Con ello, la investigación científica ha determinado en parte dos posturas al interior de la sociedad civil, que se ven representadas en los litigios sobre el AOE en América Latina. Por una parte, los detractores de este método anticonceptivo sostienen que es abortivo y que atenta contra el derecho a la vida del no-nacido, a pesar de actuar antes de la fecundación (Zavala, 2012). Por otro lado, los promotores del uso del AOE sostienen que tiene carácter preventivo y que es fundamental su distribución en miras a garantizar la salud reproductiva de las poblaciones vulnerables. A pesar de que la evidencia respalda la satisfacción efectiva de la salud reproductiva por medio de la distribución del AOE, la controversia en los tribunales continúa. Aunque este método anticonceptivo es distribuido por parte de entidades privadas en la mayoría de países de la región, las decisiones de las cortes han afectado su acceso libre y gratuito en las entidades públicas, lo cual atenta contra los sectores más vulnerables, que no pueden acceder al mismo por mecanismos de mercado (Villanueva, 2008).

En ese sentido, el AOE ha sido objeto de controversia debido a la errónea afirmación de que posee propiedades abortivas. Esta aseveración, carente de fundamento científico, ha generado un debate significativo en diversos ámbitos sociales. En el Perú, desde la inclusión del AOE dentro del Programa Nacional de Planificación Familiar del Ministerio de Salud (MINSA) en el 2001, sectores de la sociedad civil se han enfrentado en la arena judicial por la aprobación o prohibición de la distribución de este método anticonceptivo de emergencia. Con la presentación de una demanda contra el MINSA en el año 2006 por no distribuir

el AOE, a pesar de estar contemplado en la Normativa de Planificación Familiar, el Tribunal Constitucional (TC) dictaminó la responsabilidad de la institución en la distribución de este método (Tribunal Constitucional, 2006). Sin embargo, en el 2009, tras la presentación de una acción de amparo por la ONG “Ala Sin Componenda” para cesar su distribución por supuestos efectos abortivos, el TC modificó su postura, orientando el debate hacia la protección del derecho a la vida. Con ello, los magistrados fallaron en contra de la distribución gratuita del AOE, ignorando su decisión tres años antes (Tribunal Constitucional, 2009). De igual manera, en el 2007, en Chile, un grupo de 31 diputados presentaron una demanda contra las “Normas Nacionales de Control de la Fertilidad”, que incluían al AOE en la oferta de anticonceptivos (Miranda, 2012). A diferencia del Perú, la demanda se centró en un problema en la emisión de la norma que permitía la distribución del AOE, lo que concluyó en su prohibición (Tribunal Constitucional, 2007). Un año después mediante el Decreto Supremo Reglamentario N° 48 del MINSAL, se aprobaron las “Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad” y la distribución de AOE. No obstante, un nuevo grupo de diputados interpuso una demanda de inconstitucionalidad, argumentando que violaba el derecho de los padres a educar a sus hijos y alegaban un posible efecto abortivo, por lo que el TC volvió a prohibir su distribución (Tribunal Constitucional, 2008).

A pesar del desarrollo de trayectorias diferenciadas, ambos casos convergieron en el mismo resultado: el cese de la distribución del AOE. Si bien en el largo plazo el acceso a estos métodos anticonceptivos de emergencia es posible a través del sector público tanto en Perú como en Chile, el viraje argumental y de la postura adoptada por los jueces ante la misma problemática de fondo en los litigios entre el 2006 y el 2009 llaman la atención sobre la existencia de factores no jurídicos que pudieron inducir en el *decision-making* judicial. A pesar de la existencia de jurisprudencia regional en casos de derechos reproductivos, las decisiones judiciales reflejaron las particularidades de cada contexto nacional, tanto en términos de las estrategias legales empleadas como del comportamiento de los magistrados. En ese sentido, el presente artículo explorará la judicialización del AOE a partir del caso peruano y chileno, entre el 2006 y el 2009, enfocándose en los factores no jurídicos que explican el comportamiento de los jueces en la toma de decisiones. Para ello, la pregunta que guiará la investigación será: *¿Cómo se judicializó la distribución y el acceso al Anticonceptivo Oral de Emergencia en Perú y Chile, y qué determinantes no jurídicos explican los cambios en las decisiones judiciales de los Tribunales Constitucionales entre el 2006 y el 2009 en ambos casos?*

3. Determinantes no jurídicos de las decisiones judiciales: una aproximación desde la literatura

El aumento de la relevancia y autoridad de las cortes en la toma de decisiones sobre asuntos políticos, en el marco de la judicialización de la política, ha desarrollado un campo de investigación interdependiente centrado en el estudio de los determinantes no jurídicos de las decisiones judiciales. Aunque el objetivo principal de las cortes sea llegar a decisiones justas, mediante criterios objetivos, el diseño del sistema de justicia no determina el conjunto de las decisiones judiciales (Keith, 2007). En efecto, desde la literatura comparada se ha evidenciado el rol de los factores extralegales, como las presiones sociales, la cultura jurídica, entre otros, que influyen en el desarrollo de las sentencias y fallos de las cortes constitucionales a escala global (Davis, 2014; Tushnet, 2005).

Si bien el tema se encuentra en un estadio avanzado de investigación, lo que implica el desarrollo de una diversidad de aproximaciones teóricas, se pueden identificar algunas corrientes principales que pretenden explicar qué factores no jurídicos influyen en las decisiones de los jueces. En ese sentido, existe una corriente mayoritaria que sostiene el

comportamiento jurídico sobre las actitudes y valoraciones de los jueces (Segal y Spaeth, 2002; Nagel, 2017; González-Ocanto, 2016; Ferejohn, 2002; Gibson; 1983; Teles, 2008; Manko, 2022; Noonan Jr., 2007; Irwin y Real, 2010).

En un principio, además de la influencia propia de la constitución y las normas de funcionamiento de los tribunales, la toma de decisiones de los jueces era dependiente de sus actitudes personales, como los valores y la ideología política (Segal y Spaeth, 2022). Los jueces, al igual que la ciudadanía en su conjunto, tienen sesgos inconscientes que influyen en las decisiones que toman (Irwin y Real, 2010). Bajo una cortina de aparente “objetividad”, los magistrados construyen argumentos sobre cómo interpretar y aplicar la ley, las formas aceptables de ejercer el control de constitucionalidad, así como las maneras particulares de proceder con cada caso según sus implicancias (González-Ocanto, 2016; Ferejohn, 2002).

Aunque se creía que todas las decisiones judiciales se veían influenciadas por la ideología dominante (Manko, 2022), lo cierto es que los jueces construyen sus interpretaciones propias de la realidad a partir de la experiencia. La educación, religión, contexto social e, incluso, la cultura jurídica, establecen pautas a la hora de tomar decisiones por parte de los jueces (Gibson, 1983). Se construye una idea de lo que implica “ser juez”, con determinados valores y comportamientos que varían según el contexto, y que son reproducidos como parte de la “normalidad” en el decision-making judicial. Sin embargo, las actitudes de los magistrados no operan en el vacío, por lo que dependen del entramado institucional que las sostiene.

En ese sentido, un segundo acercamiento a los determinantes de las decisiones jurídicas se sustenta sobre el diseño institucional. En sistemas de justicia donde el nombramiento de los jueces depende de los otros poderes del Estado, se constituyen redes de influencia entre actores políticos. En países como el Perú, el Poder Legislativo tiene control absoluto de su composición, lo que plantea límites para su independencia (Teles, 2008). Frente a ello, los jueces deben tomar los puntos de vista de otros actores políticos al momento de emitir sus dictámenes (Epstein y Knight, 1998). Asimismo, mediante la formación de alianzas informales o negociaciones con otros poderes del Estado, los jueces toman en consideración intereses de terceros a la hora de emitir sus sentencias (Domingo, 2004; Epstein y Knight, 1998).

En ese sentido, el diseño institucional genera una serie de relaciones formales e informales de influencia que no solo afectan el proceso de selección de los jueces, sino que determina las tomas de decisiones en el espacio judicial. Sin embargo, en la mayoría de países de la región, incluyendo Perú, como el único país con un diseño de selección de jueces atípico¹⁸, los Tribunales Constitucionales se han venido pronunciando contra el resto de poderes del Estado cuando ha sido necesario (Alvites, 2019). En ese sentido, ni las actitudes ni el diseño institucional permiten explicar por sí mismos las decisiones de los magistrados, lo que repercute en la necesidad de un análisis contextual que se nutra de un último factor y tendencia en la literatura comparada: el comportamiento estratégico.

Los jueces tienen un interés genuino en ser respetados y apreciados, de modo que la necesidad de aprobación influye en sus decisiones y comportamientos (Baum, 2006). Ellos realizan un cálculo futuro del costo de tomar determinadas decisiones a la hora de emitir una sentencia. Con ello, estas pueden tener un impacto sobre su reputación o en las relaciones con otros actores políticos (Segal y Spaeth, 2002). Así, los jueces también actúan con una preocupación respecto a su reputación a la hora de tomar decisiones, puesto que las mismas generan precedentes de jurisprudencia que otros jueces podrían utilizar en sus argu-

¹⁸ Los magistrados del TC son elegidos por el Congreso de la República con el voto favorable de dos tercios del número legal de los mismos, de acuerdo con el artículo 201 de la Constitución Política (LP Pasión por el Derecho, 2024).

mentaciones (Miceli y Cosgel, 1994). De igual manera, los jueces consideran la influencia de las élites políticas en la esfera pública, de modo que buscan un equilibrio entre ser asertivos en sus decisiones y, al mismo tiempo, cautelosos con las preferencias de estos actores relevantes para proteger la estabilidad de la corte (Pereira, 2022). Con ello, las cortes pueden tomar decisiones costosas, pero teniendo en cuenta ciertas precisiones estratégicas para evitar represalias. No obstante, pueden modificar posteriormente su comportamiento por cambios en el entorno político.

Asimismo, el comportamiento estratégico de los jueces respecto a su reputación se ve influenciado por la opinión pública. Así como es relevante la percepción de los mismos por parte de la comunidad legal, existe una presión de la sociedad civil para que estos no tomen decisiones impopulares o políticamente sensibles (Domingo, 2004; Miceli y Cosgel, 1994). En América Latina, los jueces intentan crear apoyo público para protegerse de ataques políticos (Pereira, 2022). Al funcionar como el único mecanismo institucional para la toma de decisiones ante la crisis de representación y legitimidad del Ejecutivo y Legislativo, colectivos de la sociedad civil han presionado a las cortes para tomar decisiones más activistas en temas de derechos humanos, tanto bajo movilizaciones judiciales progresistas como conservadoras (Domingo, 2004). Con ello, el apoyo público hacia el poder judicial impide que se vulnere su independencia, constituyéndose en un elemento central para la toma de decisiones (Helmke, 2022).

En América Latina, la movilización jurídica de los grupos conservadores ha influido significativamente en las decisiones judiciales, principalmente en temas de derechos reproductivos y educativos. En países como Brasil, Argentina y México, donde representan un gran sector de la ciudadanía, han ejercido presión para modificar leyes y políticas de igualdad de género y educación sexual integral. Mediante una argumentación que pretende defender los derechos humanos, movimientos como “Ciudadanía por la Vida”, “Con mis hijos no te metas”, entre otros, no solo han configurado el panorama ideológico de sus respectivos países, sino que se ha constituido en sectores profundamente organizados, lo que se ha constituido en un riesgo para que los jueces puedan tomar decisiones sin repercusiones, optando por adoptar un comportamiento estratégico (Rodríguez, 2018; Burity, 2021).

Este grupo de factores no jurídicos, a pesar de sus diferencias, son interdependientes y juegan un papel crucial en la toma de decisiones judiciales. Cada uno impacta de manera distintiva en el proceso judicial, pero su influencia puede variar según el contexto. En la región, el historial de judicialización del derecho a la salud y derechos reproductivos para las mujeres ha denotado la articulación de estos determinantes al proceso de toma de decisiones. Desde la literatura comparada, existe un consenso respecto al rol del modelo actitudinal, a través de sesgos y estereotipos de género.

En el contexto de la litigación por los derechos de las mujeres, particularmente en lo que concierne al acceso a servicios de salud reproductiva y medicamentos, se evidencia una compleja intersección entre barreras estructurales, socioculturales y desafíos legales. Incluso en jurisdicciones como Inglaterra, donde se han implementado sistemas de capacitación en temas de género y salud reproductiva, persisten influencias conservadoras y una adopción superficial de la corrección política. Estas dinámicas se manifiestan en estereotipos sexuales que pueden conducir a decisiones judiciales controvertidas y potencialmente sesgadas (Elvin, 2010).

Un caso ilustrativo se observa en Michigan, donde los tribunales tienen la facultad de determinar si las menores de edad pueden acceder al aborto terapéutico sin el consentimiento parental. En estos casos, la decisión judicial se basa en criterios subjetivos como la “madurez” de la paciente o lo que se considera en su “mejor interés” (Scarnecchia y Field, 1995). La aplicación de categorías jurídicas ambiguas otorga a los jueces un amplio margen de discrecionalidad, lo cual puede resultar en decisiones influenciadas por valores morales, religiosos y personales.

A nivel regional, la penalización del aborto, refleja la injerencia de creencias religiosas, prejuicios y estigmas sociales. Esto se traduce en la criminalización de la práctica, incluso en situaciones donde la vida de la gestante está en riesgo (Cook, 2005). Este fenómeno subraya la necesidad de un enfoque más objetivo y basado en evidencia en la aplicación del derecho en materia de salud reproductiva.

Este factor actitudinal en América Latina, se articula con el comportamiento estratégico en casos donde se litiga para el acceso de servicios de salud reproductiva. En Argentina, el litigio para el acceso de tratamiento para el VIH, generó un escenario de pugna entre grupos conservadores y progresistas, que influían en la toma de decisiones no solo a través de sus ideas, sino por la presión generada al representar grandes sectores de la sociedad (Bergallo, 2011). Con ello, un fallo hacia cualquier dirección, era políticamente costoso para las cortes. Sin embargo, en otros países de la región, como Perú y Chile, el litigio reproductivo ha girado en torno al acceso a métodos anticonceptivos de emergencia.

Las decisiones judiciales y legislativas han jugado un rol central en definir si la anticoncepción puede ser vista como un derecho de salud esencial o como un servicio electivo que puede estar sujeto a restricciones basadas en creencias religiosas y económicas (Rasmussen, 2011). Los determinantes no jurídicos, en este contexto, explican no solo los cambios argumentales de las cortes, sino sus fallos en el tiempo. Aunque no todos llegan a tener la misma relevancia, su influencia en la toma de decisiones ha sido decisiva en la evolución de las políticas públicas de salud reproductiva en la región.

4. Metodología

Para responder a la pregunta de investigación, se optará por una metodología cualitativa, a través del análisis exhaustivo de la judicialización del Anticonceptivo Oral de Emergencia en Perú y Chile. El enfoque cualitativo se caracteriza por el análisis detallado dentro de uno o pocos casos, a comparación del enfoque cuantitativo, para entender a profundidad sus mecanismos causales (Goertz y Mahoney, 2012). Para ello, se desarrollará un análisis comparativo centrado en los cambios en las decisiones de los magistrados con respecto a la regulación y promoción del AOE a través de los determinantes no jurídicos de sus decisiones. Según las implicancias de esta investigación, se recurrirá a la revisión de material preexistente como una estrategia para el análisis de factores sociales y políticos alrededor del cambio comportamental de los magistrados en la judicialización del AOE en Perú y Chile. Asimismo, se realizará una revisión de fuentes primarias y secundarias, las cuales serán de vital importancia para entender los factores que explican la relación causal.

5. Contexto de la judicialización del Anticonceptivo Oral de Emergencia en Perú

En el Perú, el fortalecimiento de las cortes se ha desarrollado en un contexto de debilidad institucional, donde el precario sistema de partidos ha producido políticos débiles en términos de representatividad, fragmentación y capacidad de acción. Frente a ello, la introducción de reformas al sistema de justicia para garantizar una democracia efectiva y un Estado de derecho funcional, en el contexto de la introducción de las reformas neoliberales durante el gobierno de Alberto Fujimori, proveyó a las cortes con capacidades y recursos para convertirse en espacios para la representación de intereses ciudadanos y la toma de decisiones políticas, las cuales se activarían después de este periodo autoritario (Tanaka, 2015; Villanueva, 2008, 2013; Wilson y Gianella, 2019).

A inicios de la década del 2000, el acceso al AOE era posible únicamente por medio de la venta en farmacias. El 12 de septiembre del 2000, la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) autorizó la inscripción del AOE, en la forma de la píldora NORLEVO, para su venta con receta médica. Frente a la marginación de un porcentaje importante de la población que no podía acceder a estos métodos anticonceptivos por los costos relacionados a su distribución, el 17 de julio de 2001, mediante Resolución Ministerial N° 399-2001-SA/DM, se incorpora por primera vez el AOE en el Programa de Planificación Familiar, disponiéndose su distribución gratuita a través de los establecimientos del MINSA. Con ello, se daba el primer paso en la democratización del acceso a métodos anticonceptivos, satisfaciendo la demanda de la población más vulnerable. En el mismo año, el 17 de diciembre, el DIGEMID autorizaría la inscripción de una nueva píldora: POSTINOR 2, también para su venta con receta médica (Ministerio de Salud, 2001; Defensoría del Pueblo, 2003).

A pesar del aparente compromiso del Estado con la distribución gratuita del AOE, en miras a garantizar medios de acceso no-privados para la salud reproductiva, la incertidumbre respecto a sus efectos llevó a que los establecimientos de salud pública no la distribuyan, en contra del propio mandato del MINSA (Villanueva, 2008). Frente a esta situación, en el 2002, la ciudadana Susana Chávez, junto a un grupo de mujeres, presentaron una demanda de cumplimiento¹⁹ contra el MINSA frente al Séptimo Juzgado Especializado en lo Civil de Lima, para que cumpliera con la aplicación de las Normas de Planificación Familiar y, con ello, con la distribución gratuita del AOE (Villanueva, 2007).

El MINSA contestó la demanda, mencionando que no se había distribuido el AOE porque existía incertidumbre científica sobre los mecanismos de acción y sus reacciones adversas. Frente a ello, el Ministerio había constituido una Comisión de Alto Nivel para que analice y emita un informe sobre el AOE, para garantizar su utilización segura. Por ello, para el MINSA no existía incumplimiento de su parte, sino cautela respecto a la implementación de este método anticonceptivo. Ante esta situación, el 16 de junio del 2004, se emitió una sentencia ordenando que el MINSA cumpliera con la Resolución Ministerial N° 465-99-SA/DM²⁰, normas de planificación familiar y garantizara la provisión e información del AOE en todos los establecimientos de salud bajo su jurisdicción (Villanueva, 2008; Defensoría del Pueblo, 2003).

El MINSA apeló a esta sentencia en la Tercera Sala de la Corte Superior de Lima, la cual declaró la sustracción de la materia y su archivamiento. Mediante una sentencia del 23 de mayo del 2006, estimó que la Resolución Ministerial N° 536-2005-MINSA, del 18 de julio de 2005, dejaba sin efecto la Resolución N° 465-99-SA/DM, al haberse aprobado la Norma Técnica de Planificación Familiar. Por ello, no existía mandato vigente para distribuir AOE, lo cual era requisito para que la demanda de cumplimiento fuera amparada (Villanueva, 2008).

No obstante, en 2006, las demandantes presentaron un recurso de agravio constitucional, elevando la problemática al Tribunal Constitucional. El 13 de noviembre, el TC, después de haberse reunido con distintos colectivos de la sociedad civil²¹ y de haber recibido Amicus Curiae de organizaciones de defensa de los derechos reproductivos y cortes internacionales, declaró fundada la demanda de cumplimiento para exigir que el MINSA distribuya gratuitamente el AOE. Mediante una postura enfática en la protección de los derechos de

¹⁹ Una demanda de cumplimiento es una acción legal para exigir que un funcionario o autoridad pública cumpla con un mandato de una norma legal, acto administrativo o resolución. Según el Tribunal Constitucional del Perú, para ser procedente, el mandato debe ser vigente, claro, no sujeto a interpretaciones complejas, obligatorio e incondicional.

²⁰ La Resolución Ministerial, del N° 465- 99-SA/DM, de 22 de septiembre de 1999 aprobó las Normas del Programa Nacional de Planificación Familiar.

²¹ El TC se reunió con colectivos de defensa de la salud reproductiva, movimientos conservadores e iglesias.

las mujeres, el TC determinó que los efectos del AOE son plenamente anticonceptivos y no-abortivos. Con ello, se exigió al MINSA poner a disposición de la ciudadanía los insumos del AOE de manera gratuita (Tribunal Constitucional, 2006; Loaiza, 2013).

Esta aparente victoria por parte de los colectivos progresistas, que habían emprendido una judicialización desde abajo para garantizar los derechos reproductivos de las mujeres, no se mantendría en el tiempo. En simultáneo con el esfuerzo de Susana Chávez en la judicialización de la distribución del AOE, la ONG “Acción de Lucha Anticorrupción” o Ala Sin Componenda, habría presentado una acción de amparo en el año 2004, la cual sería resuelta por el TC en el 2009, buscando que el MINSA se abstenga en la distribución gratuita del AOE en sus establecimientos y sin la aprobación del Congreso de la República (Tribunal Constitucional, 2009).

A pesar del fallo del TC en el 2006, los magistrados, incluyendo a algunos²² que habían votado a favor de la distribución del AOE años antes, declararon fundada la demanda y, con ello, exigieron al MINSA que se abstenga de distribuir gratuitamente el AOE, puesto que, además de considerar el inicio de la vida en la fecundación, manifestaron incertidumbre respecto a un supuesto efecto abortivo (Tribunal Constitucional, 2009). Paradójicamente, los magistrados decidieron pasar por alto el desarrollo de evidencia científica, así como la jurisprudencia nacional e internacional respecto al AOE, marcando un precedente ambiguo en el historial de judicialización de los derechos reproductivos.

6. De Postinal a Postinor 2: contexto de la judicialización del Anticonceptivo Oral de Emergencia en Chile

Al igual que en Perú, en el año 2000, la distribución del AOE fue aprobada por el Instituto de Salud Pública (ISP) en Chile, bajo una fórmula de levonorgestrel (Postinal) (Molina, 2005). La polémica no tardó en iniciar, producto de un supuesto efecto abortivo²³ en el levonorgestrel del AOE. En el 2001, distintas organizaciones²⁴ conservadoras de la sociedad civil presentaron recursos de protección contra el ISP, la Ministra de Salud y el Laboratorio Médico Silesia S.A. por la aprobación de la comercialización del Postinal, en contra de la vida de “los que están por nacer” y de las madres (Villanueva, 2008). Mediante una estrategia de judicialización desde abajo, las demandantes lograron ingresar la distribución del AOE a la esfera de decisiones judiciales. Con ello, la Corte Suprema, estableciendo que la implantación del óvulo fecundado era sinónimo de aborto, dejó sin efecto la Resolución N° 2141, que concedía al ISP el Registro Sanitario del Postinal. No obstante, poco antes, el ISP había autorizado el registro del Postinor 2 (Pérez, 2013).

Para finales del 2002, el Centro Juvenil Ages, que había presentado uno de los recursos de protección contra Postinal, planteó una demanda contra el ISP nuevamente, solicitando la

²² Vergara Gotelli y Mesía Ramírez, a pesar de que había cambiado parcialmente la composición del Tribunal Constitucional, se mantuvieron en sus cargos y cambiaron su voto, en contra de lo que habían decidido en la sentencia del 2006.

²³ El supuesto efecto abortivo del AOE era problemático en Chile, puesto que, desde septiembre de 1989, el aborto no era permitido ni siquiera por causales de salud. Se presumía que su administración inhibe la ovulación, evitaba la fecundación del óvulo al perder las trompas de Falopio, alteraba el moco cervical y evitaba la anidación del huevo al provocar la atrofia del endometrio (Villanueva, 2008).

²⁴ ONG de Desarrollo para la Investigación, Formación y Estudio sobre la Mujer (ISFEM), el Centro Internacional para la Vida Humana, el Movimiento Mundial de Madres, la organización Frente por la Vida y la Acción Solidaria, el Centro Juvenil Ages y el Movimiento Nacional por la Vida “Aniü-Küyen”.

nulidad de la Resolución N° 7.224, que permitió la registro y venta del Postinor 2 (Villanueva, 2008). Frente a la argumentación de la defensa de la vida por parte de Ages, el ISP sostuvo que el levonorgestrel era efectivo en la prevención del embarazo, más no en el aborto. Asimismo, con la fecundación del óvulo, el AOE no tendría un mecanismo de acción sobre un supuesto ser vivo al interior de la mujer (Villanueva, 2008).

No obstante, en la sentencia del 30 de junio del 2003, la Corte Suprema acogería la demanda de Ages y declararía nula la Resolución N° 7.224. Esta decisión fue apelada por el ISP y otros actores involucrados en la protección de los derechos reproductivos, evidenciando la inexistencia de un efecto anti-implantatorio por parte del AOE. A finales del 2004, la Corte de Apelaciones de Santiago revocaría la sentencia y permitiría la comercialización del Postinor 2. Sin embargo, el Centro Juvenil Ages actuaría en contra de este resultado, mediante la presentación de un recurso de casación (Villanueva, 2008; Molina, 2005).

El 28 de noviembre de 2005, la Corte Suprema resolvió este recurso, reconociendo la legitimación procesal del Centro Juvenil Ages para defender el derecho a la vida desde la concepción. Empero, la Corte determinó que no se había demostrado que el Postinor 2 tuviera efectos abortivos. Con ello, la Corte rechazó los recursos de casación de fondo y forma, lo cual, consecuentemente, prolongaría el enfrentamiento jurídico-civil respecto a la distribución del AOE (Villanueva, 2008; Díaz, 2008).

La cúspide de la judicialización del AOE en Chile ocurriría en 2006. Mediante Resolución Exenta N° 583, se establecerían las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad, donde se incluía la distribución del AOE (Moreno, 2017). Sin embargo, el 30 de septiembre del 2006, treinta y un diputados presentarían una acción judicial ante el TC para declarar inconstitucional la Resolución mencionada previamente (Villanueva, 2008)

Se abordaron inquietudes sobre la asesoría reproductiva a menores de 14 años, la distribución gratuita del AOE en servicios de salud municipales y, principalmente, el vicio de forma de la normativa. Se alegó que ésta se había calificado como una Resolución Exenta, la categoría más baja en la jerarquía legal, eludiendo el control de la Contraloría. El TC abordó todas las inquietudes, centrándose principalmente en el vicio de forma, fallando a favor del demandante y prohibiendo la distribución del AOE debido al defecto formal en su normativa (Tribunal Constitucional, 2007)

Frente a este escenario, el Ministerio de Salud expidió el Decreto Supremo N° 48 en el 2007, aprobando las nuevas Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad, firmado por la Presidenta Michelle Bachelet, y a sabiendas de la Contraloría General (Villanueva, 2008). No obstante, diversos actores de la sociedad civil presentaron demandas y garantías constitucionales para evitar que el AOE sea distribuido a menores de edad, pasando por distintas cortes en la jerarquía judicial.

Empero, sería nuevamente un grupo de diputados quienes interpondrían una demanda contra el Decreto Supremo N° 48, argumentando que, al brindarse a adolescentes bajo confidencialidad, violaban el derecho de los padres a educar a sus hijos. Asimismo, sostenían la existencia de un efecto abortivo en las píldoras, contrario a la Constitución y al derecho a la vida. Ante ello, el TC declararía fundada la demanda de inconstitucionalidad, evitando la distribución del AOE debido a la incertidumbre sobre si impedía la implantación del óvulo fecundado, argumentando en favor del derecho a la vida desde la concepción (Tribunal Constitucional, 2008). Mediante un cambio argumentativo, y a pesar de la existencia de numerosa evidencia respecto a los efectos del AOE, los magistrados tomarían la decisión en el mismo sentido: contra la distribución de la píldora.

7. ¿Más allá del cálculo jurídico?: Factores no jurídicos que explican el cambio comportamental de los magistrados frente al AOE en Perú y Chile

Los litigios desarrollados entre el 2006 y 2009, tanto en Perú como en Chile, no se explican únicamente por un “malentendido” en la generación de evidencia científica respecto al AOE. A pesar de compartir el mismo desenlace, las motivaciones de los jueces, así como los argumentos que sostenían sus posturas, reflejan determinantes clave para el desarrollo de los cuatro litigios.

Desde la literatura de judicialización de la política, el comportamiento de los jueces en la toma de decisiones no puede ser explicado exclusivamente a partir del análisis de las reglas escritas en la Constitución política, sino que debe ser enmarcado dentro de una red compleja, llena de relaciones formales e informales. En ese sentido, las aproximaciones actitudinales, institucionales y estratégicas al *decision making* judicial interactúan en el contexto peruano y chileno. Así, en las decisiones de los magistrados, se pueden rastrear determinantes extralegales que explican el desenlace común en ambos casos.

8. ¿El diseño importa?: entre instituciones y negociaciones

La literatura ha desarrollado la importancia del diseño institucional y las relaciones entre las instituciones encargadas del nombramiento de los jueces al interior de las cortes. En ese sentido, el desarrollo de una red de influencia al interior de los Tribunales Constitucionales dependerá en gran parte del diseño, por lo cual es importante explorar el impacto de esta variable en el proceso de toma de decisiones y cambio comportamental en Perú y Chile.

En el caso peruano, la raíz normativa del cambio de postura de los magistrados se explica por el diseño en la elección de miembros del TC. A diferencia de Chile, y como se ha mencionado con anterioridad, el Congreso de la República es el único poder del Estado encargado del proceso de selección de magistrados para el TC. De esta forma, que una sola institución se encargue del nombramiento de los jueces a cargo del órgano supremo de control de constitucionalidad en el país genera que este sea un reflejo de los intereses y distribución de fuerzas del Congreso, comprometiendo su imparcialidad e independencia.

Caso contrario, en Chile, la Corte Suprema, el Presidente de la República y el Poder Legislativo (Diputados y Senadores) eligen a los miembros del TC (Constitución Política de la República de Chile, 2010). Ello permite una elección más imparcial y que no responde a los intereses políticos de una sola institución, sino a la necesidad de garantizar justicia efectiva. Asimismo, la participación de más poderes del Estado en la selección de magistrados se traduce en dificultades para realizar negociaciones entre las élites políticas y los jueces, no solo por los costos de ir en contra de los consensos en el espacio judicial, sino también por los efectos de estas relaciones informales sobre la independencia de la corte. Sin embargo, aquello no aísla las ideas e interpretaciones personales de los magistrados sobre su razonamiento jurídico.

Volviendo al caso peruano, en el 2006, a pesar de la evidente tendencia conservadora²⁵ en el Congreso de la República, representada tanto en partidos de derecha como de izquierda,

²⁵ Los 120 curules del Congreso de la República se distribuían de la siguiente manera al inicio del primer periodo congresal: Unión por el Perú con 45, el Partido Aprista Peruano con 36, Unidad Nacional con 17, Alianza por el Futuro con 13, Frente de Centro con 5, Perú Posible con 2 y Restauración Nacional con 2. Estos partidos, a pesar de su diversidad ideológica, tenían una matriz principalmente conservadora en temas de género y derechos reproductivos (Tanaka, 2008)

existía un interés en preservar el profesionalismo y reputación de la institución. Después de la captura y desactivación del TC durante el gobierno de Alberto Fujimori, la vuelta a la democracia había enfatizado la necesidad de reformar el sistema de justicia, con cortes autónomas e independientes para recuperar la confianza ciudadana. Por ello, el Congreso priorizó la elección de magistrados con experiencia y renombre, pero manteniendo la cercanía partidaria entre los nuevos jueces y los congresistas (De Belaúnde, 2006; Loaiza, 2013). Sin embargo, en la elección del 2007, así como en el nombramiento de nuevos magistrados entre ese año y el 2009, una vez constituida cierta confianza ciudadana sobre el sistema de justicia, el Congreso decidió designar jueces, también afines a las bancadas, pero sin historial judicial conocido, buscando garantizar la representación de sus intereses en la toma de decisiones judiciales (Loaiza, 2013). Es por ello que en la sentencia del 2006 respecto al AOE, además de buscar construir una opinión representativa, articulada a distintos actores involucrados de la sociedad civil, los jueces implementaron la evidencia actualizada respecto a los efectos de este método anticonceptivo y la jurisprudencia internacional sobre el tema.

De esta manera, se constituyó un fallo favorable para la distribución del AOE y el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres más vulnerables. Sin embargo, la nueva correlación de fuerzas que emitió el fallo del 2009 retrocedería en su interpretación sobre los efectos y modo de uso del AOE, ignorando la jurisprudencia nacional e internacional, así como la evidencia científica, y respondiendo a un sesgo conservador respecto al derecho a la vida. Inclusive, los magistrados que se mantuvieron en sus cargos, se adaptaron al nuevo TC, puesto que tomar una postura discordante podría ser costoso para su relación futura con los mismos y el Congreso de la República, evidenciando un comportamiento estratégico de los mismos (Tribunal Constitucional del Perú, 2009).

No obstante, aunque el diseño institucional y el comportamiento estratégico de los jueces explican en parte la toma de decisiones de los jueces durante ambos litigios en Perú, no es posible extrapolar el mismo mecanismo causal al caso chileno. Ante la ausencia de una influencia política por parte de un solo poder del Estado, así como por los costos inherentes al establecimiento de relaciones de dependencia informales entre instituciones en un proceso de selección de magistrados plural, se explica por qué el comportamiento de los magistrados puede ser más estable e independiente respecto al AOE. De igual manera, durante el desarrollo de los litigios en el caso chileno, los mismos magistrados se mantuvieron en sus puestos. Sin embargo, ello no termina de explicar por qué centraron su argumentación en el vicio de forma de la normativa en la sentencia del 2007, ignorando el tema de fondo de los derechos reproductivos y la evidencia científica posterior al año 2000, los cuales fueron elementos centrales en el litigio del 2008, de manera similar al litigio peruano del 2009.

9. La triple entente extrajurídica: ideología, cultura y apoyo público

Si bien el diseño institucional y el comportamiento estratégico al interior de las instituciones explican el cambio de postura de los magistrados en el caso peruano, no permiten entender el cambio argumentativo del TC durante el desarrollo de los litigios en Chile. En ese sentido, para encontrar patrones regionales en el decision-making judicial sobre derechos reproductivos, cabe preguntarnos, ¿qué determinantes explican estos fallos? Lejos de existir un único determinante que permita comparar ambos casos a partir de su desenlace común, como se ha mencionado con anterioridad, los factores no jurídicos que influyen en el comportamiento judicial son interdependientes. Por ello, se sostiene la existencia de una relación entre la ideología, la cultura jurídica y el apoyo público a la hora de decidir respecto a la distribución del AOE tanto en Perú como en Chile.

9.1 Ideología, ideas y valores

En Perú y Chile, los tribunales constitucionales adoptaron una postura similar al abordar la controversia sobre la distribución de la píldora del día siguiente, mostrando una clara inclinación hacia una ideología conservadora y pro-vida. Tanto en los litigios del 2008 y 2009 en Chile y Perú, respectivamente, los magistrados fundamentaron sus decisiones en la protección absoluta del concebido desde la concepción, interpretando el derecho a la vida de manera rígida y excluyendo otros enfoques.

La influencia del pensamiento conservador en la toma de decisiones judiciales respecto al acceso a derechos reproductivos en América Latina cuenta con un largo recorrido (Arguedas y Morgan, 2017). En Chile, la jurisprudencia sobre derechos sexuales y reproductivos muestra una tendencia conservadora, donde se ha desarrollado un marco normativo que prioriza la moral tradicional, dificultando la adopción de enfoques progresistas y estándares internacionales en lo que refiere al ejercicio de los derechos de las mujeres y minorías sexuales (Ramm y Gideon, 2020). En Perú, la influencia de la Iglesia Católica sobre el TC, especialmente en temas relacionados con los derechos reproductivos, ha resultado en el desarrollo de un historial judicial de fallos que no solo evidencian ideas y categorías conservadoras, sino que permiten el fortalecimiento de la agenda de las organizaciones conservadoras de la sociedad civil (Jaime, 2017).

Las decisiones individuales de sus jueces y argumentos, si bien se enmarcan dentro de un contexto particular, cuentan con cierta discrecionalidad, donde las ideas juegan un papel fundamental. En el caso peruano, el Tribunal Constitucional justificó su decisión en 2009 sobre la base de que el derecho a la vida del concebido debía ser protegido de forma absoluta. Alineándose con una perspectiva anti-científica, la mayoría judicial salió en defensa de la perspectiva tradicional del inicio de la vida. De manera similar, en Chile, la argumentación se centró en la necesidad de proteger al “que está por nacer”, una postura que refleja el mismo enfoque ideológico conservador (Tribunal Constitucional de Perú, 2009; Tribunal Constitucional de Chile, 2008). Ignorando la jurisprudencia internacional en acceso a métodos anticonceptivos y los fallos previos emitidos en la región, los magistrados se erigieron por el uso de un enfoque jurídico conservador, concebido como la “forma correcta de ejercer del Derecho”.

Asimismo, ambos tribunales recurrieron al principio precautorio para justificar la restricción en la distribución de la píldora, enfatizando la controversia científica sobre su posible efecto en la implantación del embrión. A pesar del desarrollo de evidencia científica que desmentía el supuesto efecto abortivo del AOE, los jueces articulan a su interpretación investigaciones desfasadas y pronunciamientos previos de organizaciones internacionales, en un afán por ganar legitimidad en sus fallos. Con ello, desarrollan una argumentación legal que reflejaba sus valores conservadores (Tribunal Constitucional de Perú, 2009; Tribunal Constitucional de Chile, 2008).

No obstante, aunque este conjunto de ideas y actitudes propias de los magistrados puede determinar la toma de decisiones mayoritarias durante los últimos litigios, no explica la dirección y argumentación de las sentencias previas de Perú y Chile, respectivamente. Al ser un factor interdependiente, se constituye en un pilar fundamental, mas no exclusivo para entender el comportamiento jurídico frente a los derechos reproductivos. Por ello, si bien se evidencia la existencia de un status quo conservador en el campo de la ideología en ambos contextos, lo cierto es que este elemento sólo determina las últimas sentencias. Sin embargo, se articula con otros que permiten explicar el mecanismo causal.

9.2 La cultura jurídica: el marco bajo el que se ejerce el Derecho

Las comunidades jurídicas, así como pueden compartir lentes teóricos y actitudinales sobre su interpretación de la realidad, también comparten percepciones sobre su entendimiento del sistema legal (Friedman, 1975). Dentro de los órganos de control de constitucionalidad, los jueces comparten consensos sobre cómo interpretar las reglas constitucionales, así como los enfoques para abordar los casos que les competen. Con ello, las actitudes personales se pueden ver subordinadas a marcos interpretativos más amplios al interior del espacio judicial, donde la forma de entender el Derecho se nutre de prácticas y perspectivas comunes.

Tanto en Perú como en Chile, existe una cultura jurídica donde prevalece una tradición legal-formalista, la cual establece criterios de autonomía e integridad sobre las normas legales y se opone a que estas deban servir para valores externos (Baraona, 2010; Furnish, 1972). Así, se estima que el sistema legal opera bajo la premisa de que la norma es auto-suficiente y que su interpretación debe ser técnica, reduciendo la discrecionalidad judicial. Aunque pueda parecer paradójico e, incluso, contradictorio, la influencia de la ideología sobre la toma de decisiones judiciales puede coexistir y articularse con culturas jurídicas formalistas. Sin embargo, ello depende del grado en que el caso aborde temas estrictamente normativos. En el caso chileno, en la sentencia del 2007, los magistrados se centraron fundamentalmente en el vicio de forma en la normativa para la distribución del AOE, haciendo nula alusión a la supuesta incertidumbre sobre sus efectos, que abordaron en el 2008 (Tribunal Constitucional de Chile, 2007). En ese contexto, a pesar de la existencia de una hegemonía conservadora al interior del TC, la cultura jurídica orientó el debate a los aspectos normativos de la sentencia.

No obstante, cuando el debate no gira en torno a las normas legales en casos que aborden derechos reproductivos en cortes con tradición formalista, la influencia ideológica tiende a manifestarse de manera más explícita. Aunque en el caso peruano, otras investigaciones han establecido la existencia de un TC más afín a la Corte Interamericana de Derechos Humanos durante el 2006, en contraste con un TC “pro-justicia militar” en el 2009, lo cual explica en parte el comportamiento de los magistrados en los fallos respecto a la distribución del AOE²⁶, la relación entre la cultura jurídica y la ideología parece explicar en mayor medida el cambio comportamental de los jueces. Si bien el comportamiento estratégico fue fundamental en la toma de decisiones de los jueces durante el 2006, la argumentación se centró en la omisión al cumplimiento de las normas de planificación familiar y, en segundo lugar, a los derechos reproductivos de las mujeres. En ese sentido, se constituyó un escenario favorable para que se declare la demanda fundada, a pesar de la existencia de un status quo conservador al interior del TC (Tribunal Constitucional de Perú, 2006).

Sin embargo, en las sentencias del 2008 y 2009 de Chile y Perú, respectivamente, ante la ausencia de una demanda de carácter normativo, el debate se centró en consideraciones sobre los derechos humanos, que dieron cabida a interpretaciones conservadoras de los magistrados y a una resistencia a implementar innovaciones judiciales en un sentido progresista (Tushnet, 1975; Scharpf, 1966). En estos contextos, la tradición formalista-legalista permite que los jueces eviten comprometerse con debates más sustantivos, manteniendo decisiones que, aunque formalmente coherentes, respondían a una ideología conservadora al atentar contra los derechos reproductivos de las mujeres en favor del “que está por nacer” y los riesgos inexistentes del AOE. Con ello, la combinación de la cultura jurídica formalista y el conservadurismo al interior de las cortes opera como un mecanismo que, bajo la apariencia de una neutralidad técnica, perpetúa interpretaciones restrictivas en casos donde se debería garantizar el ejercicio de los derechos sexuales.

²⁶ Revisar Loaiza, P. (2013). La judicialización de la política en el Perú. Una observación del Tribunal Constitucional y sus decisiones frente a la píldora del día siguiente (2001-2010). *Politai: Revista de Ciencia Política*, 4(7), 179-195 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5496043>

9.3 El litigio como activismo: el apoyo público y la judicialización de derechos los derechos reproductivos

El proceso de litigio en torno al acceso o penalización del AOE, no se explica únicamente producto de agendas ideológicas o interpretaciones jurídicas, sino que también ha sido fuertemente influenciado por el papel de los movimientos sociales conservadores en la esfera pública. En América Latina, en las últimas dos décadas, los movimientos conservadores se han articulado no solo jurídicamente, sino que se han constituido en actores con poder en cargos representativos dentro del gobierno y con una gran capacidad de movilización (Ruibal, 2021). En Perú y Chile, durante la judicialización del AOE, es posible identificar la presencia de un movimiento conservador articulado, con una influencia sobre la toma de decisiones de los magistrados.

En el Perú, si bien existen antecedentes sobre la articulación política del movimiento conservador, su incidencia en temas reproductivos y métodos anticonceptivos se puede rastrear desde la administración de Alberto Fujimori y Alejandro Toledo. En ese sentido, representantes de la Iglesia Católica, Opus Dei, Population Research Institute, ministros de Estado, entre otros, han impulsado agendas políticas que buscaban restringir la distribución de métodos anticonceptivos modernos (Coe, 2004). Por su parte, la judicialización del AOE ha seguido la misma estrategia, pero con diferencias en sus niveles de organización e incidencia sobre la agenda pública.

En el desarrollo del litigio del 2006, la ONG católica “Sin Componenda” dirigió la demanda contra la distribución pública del AOE, jugando un papel crucial en los procesos judiciales. Aunque no lograron evitar que el Estado continúe entregando métodos anticonceptivos de emergencia de forma gratuita en un primer momento, la rápida contra-movilización judicial del movimiento conservador fue fundamental para que el litigio no se aplase. Sin embargo, para el 2009, el escenario jurídico había cambiado radicalmente.

El movimiento conservador, lejos de ser una minoría marginal, constituía un sector importante de la sociedad civil, por su representatividad, estructura organizativa y recursos económicos (Tello, 2024; Arce, 2015). En este contexto, la propia Iglesia Católica, a través del Cardenal Juan Luis Cipriani, lanzó una campaña contra la distribución del AOE, por su supuesto efecto abortivo (Gestión, 2016). Con ello, se podía identificar la existencia de una pugna en simultáneo en el campo jurídico y el de las ideas en lo que refiere a la distribución del AOE.

Además de los recursos para movilizarse por la vía judicial, los movimientos conservadores representaban un grupo amplio de la ciudadanía, por lo que ir en contra de ellos en el litigio podría ser contraproducente para los jueces en términos de confianza. Perder el apoyo de sectores importantes de la ciudadanía, coloca a las cortes en una situación más vulnerable, donde lo que pase con ellas no es de importancia para estos grupos, poniendo en riesgo su independencia. Además, en línea con la hegemonía conservadora al interior del TC y su cultura jurídica, fallar a favor de los demandantes conservadores tenía menores repercusiones que emitir una sentencia en contra en este contexto, según el cálculo estratégico. Asimismo, ante un movimiento progresista débil en perspectiva, incapaz de articular una respuesta efectiva ante la contra-movilización conservadora, la vía judicial se tornaba en un espacio ventajoso para la judicialización conservadora (Arce, 2015).

Por su parte en Chile, el movimiento conservador ha seguido una trayectoria organizativa similar, construyendo alianzas dentro de las instituciones públicas. En el 2006, la Cámara de Diputados se encontraba dividida en dos grandes coaliciones, entre progresistas y conservadores. En ese sentido, las acciones interpuestas en este espacio parlamentario por parte de un grupo de congresistas fueron iniciativa del bloque conservador, encabezado por el diputado José Antonio Kast (Camara de Diputados; 2009). Inclusive, en el seno del partido

oficialista, el Partido Demócrata Cristiano (DC), había opiniones divididas al momento de apoyar la segunda demanda contra la distribución del AOE. A pesar de caracterizarse como un partido progresista durante el gobierno de Michelle Bachelet, la facción más tradicional se mostró a favor del cese de la distribución del AOE, atentado contra la protección de los derechos sexuales (Miranda, 2013). Con ello, las facciones conservadoras del Congreso mantuvieron una ofensiva por la defensa del que “está por nacer”, frente a la debilidad de los partidos progresistas y su deficiente capacidad organizativa.

Sumado a ello, el movimiento conservador se organizó socialmente, a través de grupos de presión y organismos de la sociedad civil, que incidían tanto en las calles como en las cortes. Organizaciones como “Red por la Vida y la Familia”, impulsaron campañas mediáticas y organizaron manifestaciones contra la distribución del AOE, a la par que presentaron recursos jurídicos a las cortes para fallar en favor de sus intereses (Navarrete y Tricot, 2021). En alianza con los sectores conservadores del Congreso, el apoyo público hacia las cortes se colocó en tela de juicio por parte de este movimiento, lo cual resultó en un ambiente donde no considerar sus intereses por parte de los magistrados se traducían en un gran costo, al igual que en el caso peruano. Incluso, ir contra las organizaciones conservadoras, implicaría en cualquier caso una contra-movilización judicial o, en el peor de los casos, un desprestigio hacia la institución por parte de este grupo importante de la sociedad civil.

9.4 Implicancias sobre el derecho a la salud reproductiva y/o al acceso a anticonceptivos

A pesar de que, en la actualidad, tanto en Chile como en Perú, es posible acceder al AOE por medio del sistema de salud público, ello ha sido posible por la judicialización de la problemática. Como se denota en lo anterior, el derecho a la salud reproductiva y el acceso a anticonceptivos han sido áreas de intenso debate y judicialización en América Latina, particularmente en Perú y Chile. El proceso de judicialización del AOE ha transformado no solo el panorama legal, sino también las políticas públicas y las percepciones sociales en torno a los derechos reproductivos en ambos países.

En primer lugar, la judicialización del AOE ha incrementado significativamente la visibilidad y la cantidad de litigantes en temas de derechos sexuales y reproductivos. En Perú, el fallo del 2009 incentivó a que la sociedad civil y los grupos afectados exploten el recurso del litigio para garantizar acceso al AOE (Chapa et al., 2019). Después de este fallo, se observó un aumento considerable en las sentencias relacionadas con estos temas, pasando de 4 a 24²⁷ (Tribunal Constitucional, s/f). En Chile, la puesta en agenda del acceso al AOE producto de los litigios permitió que se logre distribuir de forma gratuita mediante la Ley 20.418 en el 2010, aumentando su cobertura (Ministerio de Salud, 2021; Clarke y Salinas, 2021). Estos litigios, sumados con las decisiones judiciales previas, posicionaron al AOE como un tema prioritario.

En segundo lugar, después del litigio del 2009, el Estado peruano ha ido desarrollando una postura favorable a los derechos reproductivos al interior del Poder Ejecutivo. En ese mismo año, se creó el Plan Nacional Contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015 (MIMP, 2010). Igualmente, se implementaría la Política Nacional de Igualdad de Género en 2019, resaltando la importancia de los anticonceptivos y el rol del Estado en su distribución. Por su lado, en Chile, las sentencias previas impactaron en la creación de las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad en 2014 en materia de derechos reproductivos, influenciando los planes de gestión del Servicio Nacional de la Mujer hacia un enfoque de género en los municipios (MINSAL 2014; SERNAM 2009).

²⁷ Cantidad de sentencias para diciembre del 2023

Sin embargo, a pesar de los avances, la pugna ideológica respecto a los efectos del AOE, así como su puesta en la agenda pública, continúa generando confusión. Producto de ello, se ha profundizado un estigma respecto al AOE en Perú y Chile por parte de los trabajadores del sistema de salud y las distribuidoras farmacéuticas, lo cual ha limitado en gran medida su distribución. Con ello, paradójicamente, el debate público parece haber limitado en parte su cobertura. No obstante, los litigios abrieron la posibilidad de que los derechos reproductivos sean justiciables.

Asimismo, es importante destacar que la judicialización ha tenido un impacto diferenciado de acuerdo a los distintos grupos socioeconómicos. En ese sentido, las decisiones que limitan la distribución gratuita del AOE afectaron desproporcionadamente a las mujeres de bajos recursos. Es decir, las restricciones sobre el acceso al AOE perpetúan la desigualdad y discriminación dado que son particularmente las mujeres jóvenes y las pertenecientes a comunidades de estatus socioeconómico bajo las que dependen del servicio público de salud (Mendoza-Sassi & Béria, 2001). Por ello, la falta de acceso a métodos anticonceptivos seguros y efectivos exacerban las disparidades en salud y bienestar.

10. Conclusiones

En síntesis, la judicialización del Anticonceptivo Oral de Emergencia en Perú y Chile ha sido un eje importante para el avance de los derechos reproductivos y sexuales. Este proceso ha demostrado ser un espacio de pugna, expuesto a tensiones entre diversos actores sociales, institucionales y judiciales. Con ello, ejemplifica la creciente importancia de los tribunales en la toma de decisiones sobre asuntos políticos, como es la distribución de métodos anticonceptivos de emergencia a través del sector público.

El análisis comparativo de los casos peruano y chileno revela cómo las actitudes de los magistrados, la cultura jurídica formalista de los Tribunales Constitucionales y la movilización organizada de colectivos de la sociedad civil conservadores, de manera interdependiente, influyeron en el proceso de decision-making judicial. Aunque se exploran factores adicionales, como el diseño institucional, la presencia de elementos comunes a partir de los determinantes mencionados anteriormente, permiten identificar el mecanismo causal por el cual estas variables inciden en los fallos correspondientes. En la medida en que los factores identificados impliquen costos para los jueces respecto a su reputación, estos influirán en sus decisiones.

Por otra parte, la evidencia presentada sugiere que la judicialización ha tenido efectos tanto positivos como negativos. Por un lado, ha elevado el perfil de los derechos reproductivos en la agenda pública, ha estimulado el desarrollo de nuevas políticas y ha establecido precedentes legales importantes para la protección de estos derechos. Por otro lado, además de haber generado periodos de incertidumbre legal respecto al acceso del AOE, ha profundizado en algunos casos la estigmatización sobre los efectos de este método anticonceptivo, desarrollando disparidades en el acceso a servicios de salud reproductiva.

Por ello, la judicialización ha demostrado ser un arma de doble filo. Por un lado, ha aumentado la visibilidad de los derechos reproductivos y ha proporcionado un foro para que grupos marginados busquen justicia. Sin embargo, ha expuesto las tensiones entre diferentes interpretaciones de derechos y valores, a veces resultando en decisiones que limitan y amenazan el acceso a servicios de salud reproductiva, particularmente para las poblaciones más vulnerables.

A manera de reflexión, es necesario destacar que la judicialización no es el único camino para el cambio social. Aunque puede establecer precedentes positivos en el ejercicio de ciertos derechos, también puede desencadenar la contra movilización judicial de grupos opositores y, en casos más graves, provocar un backlash político. En este sentido, es crucial un análisis más profundo sobre cómo las decisiones judiciales se traducen en cambios concretos en la prestación de servicios de salud reproductiva, especialmente para las poblaciones más vulnerables. Además, es fundamental prestar mayor atención a la formación y sensibilización de los profesionales de la salud y del derecho en temas de derechos reproductivos, para reducir las barreras de acceso basadas en estigmas o desinformación.

REFERENCIAS

- Abou, L.; Costa, F.; Moreira, R.; Da Silva, J.; Abou, N.; Pereira, R.; De Menezes, J.; Perez, E.; Lopes, P. y Alves, M. (2022).
Judicialization of health: profile of demands for on-
cological medicines in a state in the central region
of Brazil. *International Journal for Equity in Health*,
21(112), 1-15. <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-022-01704-6>
- Aguayo, I. (2024).
Estadísticas de adultos mayores cotizantes en Fonasa e Isapre y ventajas y desventajas de cada uno de estos sistemas de salud. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/35799/1/BCN_Adultos_Mayores_Fonasa_Isapre.pdf
- Alvites, E. (2019).
EL INÉDITO ESCENARIO CONSTITUCIONAL PERUANO: CRISIS POLÍTICA Y SALIDA CONSTITUCIONAL. *Joaçaba*, 20(2), 183-186. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7256328.pdf>
- Arce, M. (2015).
Protest and Social Movements in Peru. In: Almeida, P., Cordero Ulate, A. (eds) *Handbook of Social Movements across Latin America*. *Handbooks of Sociology and Social Research*. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-017-9912-6_19
- Arguedas, G. y Morgan, L. (2017).
The Reproductive Rights Counteroffensive in Mexico and Central America. *Feminist Studies*, 43(2), 423-437. https://www-jstor-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/stable/pdf/10.15767/feministstudies.43.2.0423.pdf?refreqid=fastly-default%3Aa3a8ae846a0fd0581f40dfeb1a450716&ab_segments=&origin=&initiator=&acceptTC=1
- Baum, L. (2006).
Judges and Their Audiences: A Perspective on Judicial Behavior. Princeton University Press.
- Biehl, J. (2013).
The judicialization of biopolitics: Claiming the right to pharmaceuticals in Brazilian courts. *American Ethnologist*, 40(3), 419-436. <https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/amet.12030>
- British Broadcasting Corporation (Ed.). (24 de junio, 2009).
Chile nuevamente se queda sin la píldora. https://www.bbc.com/mundo/america_latina/2009/06/090624_0134_chile_sin_pildora_jrg
- Britt Coe, A. (2004).
From Anti-Natalist to Ultra-Conservative: Restricting Reproductive Choice in Peru. *Reproductive Health*

- th Matters, 12(24), 56–69. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(04\)24139-8](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(04)24139-8)
- Brinks, D. (2013). The Role of Courts and Constitutions in the New Politics of Welfare in Latin America en: Peerenboom R, Ginsburg T, eds. Law and Development of Middle-Income Countries: Avoiding the Middle-Income Trap. Cambridge University Press; 2014:221-245. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139235730.015>
- Botero, S., Brinks. D, y González-Ocantos, E. (2022). The Limits of Judicialization. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009093859>
- Burity, J. The Brazilian Conservative Wave, the Bolsonaro Administration, and Religious Actors <https://orcid.org/0000-0002-2963-1979>
- Cámara de diputadas y diputados (2009) Diputados que promueven prohibición de la píldora del día después defienden su posición. https://www.camara.cl/prensa/sala_de_prensa_detalle.aspx?prmid=35631
- Constitución Política de Chile (2010). Constitución Política de Chile. https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_chile.pdf
- Constitución Política del Perú (2024). Constitución Política del Perú. <https://lpderecho.pe/constitucion-politica-peru-actualizada/>
- Defensoría del Pueblo. (2018). Informe Defensorial N° 78. https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/informe_78.pdf
- Díaz, J. (2008). La Píldora del día después: Principales aspectos de un fallo polémico e incómodo. <https://lyd.org/wp-content/uploads/2016/12/pp-69-121-La-Pildora-del-dia-despues-Principales-aspectos-de-un-fallo-polemico-e-incomodo-JMDiaz.pdf>
- Domingo, P. (2004). Judicialization of politics or politicization of the judiciary? Recent trends in Latin America. Democratization, 11(1), 104–126. <https://doi.org/10.1080/13510340412331294152>
- Gobierno de Chile (2017). Guía de beneficios de FONASA para los trabajadores de la cultura. <https://www.cultura.gob.cl/wp-content/uploads/2017/07/guia-fonasa.pdf>
- Elvin, J. (2010). The Continuing Use of Problematic Sexual Stereotypes in Judicial Decision-Making. Fem Leg Stud, 18, 275–297. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10691-010-9160-3>

- Epstein, L. y Knight, J. (1998). The Choices Justices Make. Washington University St. Louis
- Ferejohn, J. (2002). Judicializing Politics, Politicizing Law. *Law and Contemporary Problems*, 65(3), 41-68.
- Friedman, L. (1975). *Legal System, The: A Social Science Perspective*. Russell Sage Foundation. <https://www.jstor.org/stable/10.7758/9781610442282>
- Furnish, D. (1972). La jerarquía del ordenamiento jurídico peruano. *Derecho PUCP*, 1(30), 61-80. <https://doi.org/10.18800/derechopucp.197201.004F>
- Gestión (2016) Cipriani llama “respondonas” a ministras que defienden uso de la píldora del día siguiente. <https://gestion.pe/peru/politica/cipriani-llama-respondonas-ministras-defienden-pildo-a-dia-siguiente-113773-noticia/>
- Gibson, J. (1983). From Simplicity to Complexity: The Development of Theory in the Study of Judicial Behavior. *Political Behavior*, 5(1), 7-49.
- González-Ocantos, E. (2016). *Shifting Legal Visions: Judicial Change and Human Rights Trials in Latin America*. Cambridge University Press.
- Helmke, G. y Ríos-Figueroa, J. (2011). *Courts in Latin America*. Cambridge University Press. <https://www.cambridge.org/core/books/courts-in-latin-america/A8E976DD43C9A7250DCFF55E79E4D2C0>
- Hogerzeil, H.; Samson, M.; Vidal, J. y Rahmani-Ocora, L. (2006). Is access to essential medicines as part of the fulfillment of the right to health enforceable through the courts? *The Lancet*, 368(9532), 305-11. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673606690764>
- International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO) (2009). Mecanismo de acción para la anticoncepción de emergencia. <https://www.figo.org/es/mecanismo-de-accion-para-la-anticoncepcion-de-emergencia>
- Irwin, J. y Real, D. (2010). Unconscious Influences on Judicial Decision Making: The Illusion of Objectivity. *McGeorge Law Review*, 42, 1-18.
- Itunes, R. y Guerra, A. (2023). On the Judicialization of Health and Access to Medicines in Latin America. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 51(1), 92-99. <https://philpapers.org/rec/IUNOTJ>

- Jaime, M. (2017). Poverty, Sexuality, and Human Rights: Pluralism or Hegemony? Discourse of the Peruvian Catholic Church on LGBT Human Rights Within the City of Lima. En Vaggione, J., Morán Faúndes, J. (Eds.), *Laicidad and Religious Diversity in Latin America. Boundaries of Religious Freedom: Regulating Religion in Diverse Societies*. Springer .https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-44745-2_7#citeas
- Keck, T.M. (2009). Beyond Backlash: Assessing the Impact of Judicial Decisions on LGBT Rights. *Law & Society Review*, 43(1),151-186.
- Leonard, L. (2013). *American Ethnologist*, 40(1), 123-137. <https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/amet.12030>
- Loaiza, P. (2013). La judicialización de la política en el Perú. Una observación del Tribunal Constitucional y sus decisiones frente a la píldora del día siguiente (2001-2010). *Politi: Revista de Ciencia Política*, 4(7), 179-195 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5496043>
- Manko, R. (2022). Judicial Decision-Making, Ideology and the Political: Towards an Agonistic Theory of Adjudication. *Law and Critique*, 33, 175-194.
- Mendoza-Sassi, R., & Béria, J. U. (2001). Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cadernos de Saúde Pública*, 17, 819-832. <https://www.scielo.br/j/csp/a/vhrTfWfyfY97djzjNfGKHjd/>
- Miceli, T. y Cosgel, M. (1994). Reputation and judicial decision-making. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 23, 31-51.
- Ministerio de Salud (2001). Resolución Ministerial N.º 399-2001-SA-DM. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/255650-399-2001-sa-dm>
- Ministerio de Salud (2007). DECRETO 48 APRUEBA TEXTO QUE ESTABLECE LAS NORMAS NACIONALES SOBRE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD. <https://bcn.cl/2k369>
- Ministerio de Salud (2010). LEY 20418 FIJA NORMAS SOBRE INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN Y PRESTACIONES EN MATERIA DE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD. <https://bcn.cl/2fbmh>
- Ministerio de Salud (2013). DECRETO 49 APRUEBA REGLAMENTO PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO A RECIBIR EDUCACIÓN, INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN EN MATERIA DE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD. <https://bcn.cl/2lsp3>

- Ministerio de Salud (2021) PROTOCOLO PARA LA ENTREGA DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA 2021. Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Ciclo Vital. https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/PROTOCOLO-ANTICONCEPCION-ISBN_v2.pdf
- Ministerio de Salud (2014). NORMAS NACIONALES SOBRE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD. <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/27%2005%202014%20%20NRF%20edici%C3%B3n%202014%20FINAL%20.pdf>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). (2010). PLAN NACIONAL CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LA MUJER 2009 - 2015. (Documento de trabajo). Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). https://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/normativas/304_PNC-VHM_2009-2015.pdf
- Miranda, F. (2013). La judicialización del caso de la píldora del día después en Chile: las tensiones sobre el rol de la mujer y la cuestión técnica. HAL SHS. <https://shs.hal.science/halshs-00787526/document>
- Molina, R. (2005). Las píldoras de emergencia en Chile. Un tema de Género y Salud Pública. Cuadernos Médico Sociales, 45(1), 31-36. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9510681>
- Moreno, P. (2017). A) Sección A: Políticas y programas de regulación de la fertilidad en Chile. Ministerio de Salud. <https://sintesis.med.uchile.cl/programas-ministeriales/14612-a-seccion-a-politicas-y-programas-de-regulacion-de-la-fertilidad-en-chile>
- Nagel, R. (2017). Conservatives and the Court. National Affairs, 37-51.
- Navarrete, B y Tricot, V. (2021) The Social Outburst and Political Representation in Chile <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-70320-2>
- Noonan Jr., J. (2007). The Religion of the Justice: Does it Affect Constitutional Decision Making. Tulsa Law Review, 42(3), 761-770.
- Pereira, G. (2022). Judges as equilibrists: Explaining judicial activism in Latin America. International Journal of Constitutional Law, 20(2), 696-732.
- Ramm, A. y Gideon, J. (2020). Motherhood, Social Policies and Women's Activism in Latin America. Palgrave Macmillan Cham. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-21402-9>

- Rasmussen, A. (2011). Contraception as Health? The Framing of Issue Categories in Contemporary Policy Making. *Administration & Society*, 43(8), 930-953. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0095399711413878>
- Rodriguez de Assis Machado, M (2018) Conservative Mobilization in Latin America and its Impacts on Women's and Adolescents Human Rights <https://ohrh.law.ox.ac.uk/conservative-mobilization-in-latin-america-and-its-impacts-on-womens-and-adolescents-human-rights/>
- Rodríguez-Raga, S. y Riaño. F. (2016). Determinantes del acceso a los productos financieros en los hogares colombianos. *Estudios Gerenciales*, 32(138), 14-24. <https://www.redalyc.org/pdf/212/21244782001.pdf>
- Ruibal, A. Using constitutional courts to advance abortion rights in Latin America. *International Feminist Journal of Politics*, 23, 579-599. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14616742.2021.1947148>
- Organización Mundial de la Salud (2021). Anticoncepción de urgencia. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception#:~:text=Datos%20y%20cifras,posteriores%20a%20la%20relaci%C3%B3n%20sexual>
- Scarnecchia, S. y Field, J. (1995). Judging Girls: Decision Making in Parental Consent to Abortion Cases. *Michigan Journal of Gender and Law*, 3 (41), 75-123. <https://core.ac.uk/download/pdf/232710717.pdf>
- Scharpf, F. (1966). Judicial Review and the political question: a functional analysis. *The Yale Journal*, 4(75), 517-597. https://openyls.law.yale.edu/bitstream/handle/20.500.13051/15065/30_75YaleLJ517_March1966_.pdf;jsessionid=67F29C39B623DFB-C91299EB737218AC9?sequence=2
- Segal, J. y Spaeth, H. (2002). *The Supreme Court and the Attitudinal Model Revisited*. Cambridge University Press.
- Seguro Integral de Salud (12 de febrero, 2024). SIS financió más de 83.5 millones de atenciones de sus asegurados en el 2023 a nivel nacional. Gob.pe. <https://www.gob.pe/institucion/sis/noticias/905295-sis-financio-mas-de-83-5-millones-de-atenciones-de-sus-asegurados-en-el-2023-a-nivel-nacional>

- Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM). (2009).
BALANCE DE GESTIÓN INTEGRAL AÑO 2009
(Documento de trabajo). https://www.dipres.gob.cl/597/articles-60737_doc_pdf.pdf
- Sieder, R., Schjolden, L. y Angell, A. (2005).
The Judicialization of Politics in Latin America. Palgrave Macmillan. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-137-10887-6>.
- Tanaka, M. (2008).
El giro del APRA y de Alan García. Nueva Sociedad, 1(217). <https://nuso.org/articulo/el-giro-del-apra-y-de-alan-garcia/>
- Tanaka, M. (2015).
Agencia y estructura, y el colapso de los sistemas de partidos en los países andinos. En Sistemas de partidos en América Latina. Causas y consecuencias de su equilibrio inestable. (pp. 161 - 182). Anthropos editorial.
- Teles, J. (2008).
The Rise of the Conservative Legal Movement: The Battle for the Control of the Law. Princeton University Press.
- Tello Aguinaga, K. (2024).
El contramovimiento evangélico conservador en el Perú (2009-2019): aliados, recursos y estrategia. Letras (Lima), 95(141), 204-226.
<https://doi.org/10.30920/letras.95.141.13>
- Tribunal Constitucional de Chile (2007).
Rol 591-2006. <https://derechoyreligion.uc.cl/es/centro-de-documentacion/chile/jurisprudencia/463-sentencia-que-acoge-el-requerimiento-formulado-respecto-de-la-resolucion-exenta-nd-584-del-ministerio-de-salud-que-aprueba-las-normas-nacionales-sobre-regulacion-de-la-fertilidad/file>
- Tribunal Constitucional de Chile (2008).
Sentencia No 740-07-CDS <https://www.bcn.cl/ley-chile/navegar/imprimir?idNorma=270676&idVersion=2008-04-23>
- Tribunal Constitucional. (s/f.).
Buscador de jurisprudencia. <https://jurisprudencia.sedetc.gob.pe/sistematizacion-jurisprudencial/busqueda>
- Tribunal Constitucional del Perú (2023).
Sentencia No. 197-23. <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2023/00238-2021-AA.pdf>
- Tribunal Constitucional del Perú (2006).
Sentencia No. 7435-2006-PC/TC. <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2006/07435-2006-AC.pdf>

- Tribunal Constitucional del Perú (2009). Sentencia No. 02005-2009-PA/TC. <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2009/02005-2009-AA.pdf>
- Tushnet, M. (2015). Red, White, and Blue: A Critical Analysis of Constitutional Law. University Press of Kansas. <https://www.jstor.org/stable/j.ctt1ch7988>
- Villanueva, R. (2007). Batalla judicial por el acceso de mujeres más pobres a la AOE. La victoria ante el Tribunal Constitucional. Chacarera. 34(1), 8-10. <https://biblioteca.clacso.edu.ar/Peru/cmp-flora-tristan/20120823125125/batalla34.pdf>
- Wilson, B., y Gianella Malca, C. (2019). The Judicialization of Politics in Latin America. En R. Sieder, K. Ansolabehere, & T. Alfonso Sierra (Eds.), Handbook of Law and Society in Latin America. Routledge. (versión en castellano). <https://www.routledge.com/Routledge-Handbook-of-Law-and-Society-in-Latin-America-1st-Edition/Sieder-Ansolabehere-Alfonso-Sierra/p/book/9781138184459>
- Zavala, J. (2012). El caso de la AOE en el Perú en el marco de las Políticas de Salud [Tesis de Maestría en Género, Sexualidad y Políticas Públicas]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <https://core.ac.uk/reader/323341510>

ENTREVISTA

Entrevistado

Luis Fernando Llanos

“No contamos con un sistema de salud cohesionado; más bien, lo que tenemos es una suerte de collage”

Entrevistadora:

Jennifer Rubi Retamozo Gonzales♦

ORCID: 0009-0007-2669-058X

Editor:

Kevin Oscar Villarreal Urquizo♦♦

ORCID: 0009-0007-7592-0716

DOI: <https://doi.org/10.18800/politai.202401.007>

-
- ♦ Subdirectora de la comisión de Publicaciones de la Asociación Civil Politai y Estudiante de Ciencia Política y Gobierno de la Facultad de Ciencias Sociales la Pontificia Universidad Católica del Perú.
 - ♦♦ Miembro de la comisión de Publicaciones de la Asociación Civil Politai y Estudiante de Ciencia Política y Gobierno de la Facultad de Ciencias Sociales la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Sobre Luis Fernando Llanos

Es médico graduado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), especializado en Administración de Salud y en Políticas (UPCH), Planificación y Financiamiento en Salud (Universidad de Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine). Actualmente, es candidato a Doctor por la UPCH.

Es Profesor Principal e Investigador de la Facultad de Salud Pública y Administración de la UPCH, con experiencia en Cooperación Internacional, Salud, Monitoreo y Evaluación, Gestión y Desarrollo, en Auditoría en Salud, Investigación en Salud Pública, Investigación Clínica y Epidemiológica, Ética en Investigación y Vigilancia Epidemiológica.

Cuenta con amplia experiencia en Estudios económicos en Salud y evaluaciones de Proyectos y Programas de Salud, así como en el manejo de instituciones como: Clínica Médica Cayetano Heredia generando inversiones y rentabilidad en la institución; Director de la Unidad de Gerencia de la Facultad de Salud Pública y Administración (UPCH); el Instituto Nacional de Salud de Perú con presupuestos anuales mayores a los 30 millones de dólares; y como miembro del Directorio del Proyecto de Eliminación de la Cisticercosis, financiado por la Fundación Bill & Melinda Gates.

Desde abril del 2019 hasta marzo del 2022 se desempeñó como asesor de la Dirección General de la DIRIS Lima Norte. Previamente, de agosto 2001 a enero 2004, fue Jefe del Instituto Nacional de Salud, entidad responsable de la investigación clínica en el país, de vigilancia nutricional y control de calidad de programas de apoyo alimentario, del control de calidad de medicamentos y equipos médicos, de la producción de algunas vacunas y suero antiofídico, y de regular y promover las actividades en los campos de la salud intercultural y ocupacional.

Su trayectoria profesional también incluye la consultoría en Administración y Gestión de Procesos relacionados en Ciencias de la Salud en destacadas organizaciones nacionales e internacionales de la Salud. Asimismo, ha sido investigador principal para la cooperación italiana y española, el Ministerio de Salud, la Unión Europea, y para la Organización Panamericana de la Salud en conjunto con la Fundación Cayetano Heredia.

Llanos ha publicado numerosos artículos científicos sobre temas como el virus Covid-19, la salud pública, epidemiología y el sistema de salud peruano en destacadas revistas como la Revista IIPSI de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y la Revista Médica Herediana de la Universidad Cayetano Heredia.

La Asociación Civil Politai expresa su más sincero agradecimiento por la valiosa contribución y participación del Dr. Llanos en el desarrollo de la presente entrevista. Gracias por su tiempo y generosidad.

Vida académica

Considerando su trayectoria en docencia, investigación y servicio, nos gustaría conocer más sobre qué lo llevó a elegir la medicina como carrera y, posteriormente, a especializarse en administración de la salud.

Mi motivación para estudiar medicina surgió del deseo profundo de contribuir al bienestar de la población y resolver problemas de salud. Durante mis años de secundaria, veía la salud principalmente desde una perspectiva asistencial y recuperativa, lo que me llevó a optar por esta carrera. A lo largo de mis estudios, participé en diversas experiencias que ampliaron mi visión: apoyé en albergues, atendí a personas con distintas necesidades, y visité establecimientos organizados por grupos religiosos en diferentes lugares. Estas vivencias fueron moldeando mi perspectiva sobre el papel de la medicina en la sociedad.

Al finalizar la carrera, comprendí que quería hacer algo que fuera más allá de la simple curación de enfermedades. Sentí la necesidad de involucrarme en la gestión y en las políticas de salud, buscando un enfoque más integral del bienestar. Esta convicción me llevó a especializarme en administración de salud y, más tarde, a realizar una maestría en políticas, planificación y financiamiento en salud en Inglaterra, lo que me proporcionó una visión aún más amplia del campo.

La transición hacia la investigación se dio de manera natural. Hubo dos factores clave que me llevaron en esa dirección. El primero ocurrió en el tercer año de medicina, cuando nos asignaron un proyecto grupal sobre el consumo de tabaco entre trabajadores de salud y de la universidad. Esta fue mi primera experiencia con la investigación en salud. Al terminar la carrera, me pidieron apoyar en la Oficina de Investigación Científica de la Universidad Cayetano Heredia, donde trabajé como asistente junior. Esta experiencia me permitió familiarizarme con el mundo de la investigación, despertando en mí un creciente interés por la ética en la investigación y por el proceso investigativo en general.

Con el tiempo, me fui involucrando cada vez más en distintos proyectos de investigación, muchos de ellos relacionados con la gestión y la organización en el ámbito de la salud. Además, tuve la oportunidad de colaborar con estudiantes de pregrado y posgrado en una variedad de investigaciones, todas ellas orientadas hacia el bienestar social.

Experiencia profesional

¿Podría comentarnos cómo sus estudios y experiencias han contribuido a abordar algunos de los desafíos de salud pública en el Perú? ¿Qué impacto han tenido en nuestro país?

La pregunta es muy compleja, pero intentaré abordarla de la forma más detallada posible. Durante mi tiempo como jefe del Instituto Nacional de Salud (INS), una de las iniciativas más destacadas que implementamos fue la promoción de la investigación entre los propios trabajadores. A diferencia de la práctica habitual, en la que el jefe del instituto figura como autor en todas las publicaciones, yo solo aparecía como autor en aquellas que activamente participaba. También, creamos el laboratorio de análisis clínico con bioseguridad de nivel 3 en el INS, que permitió realizar estudios sobre tuberculosis, entre otros. Esto nos permitió abordar temas de salud pública de manera integral, aunque es importante destacar que la solución a los problemas de salud pública requiere una visión más amplia que la mera actividad pública.

Además de esta iniciativa, dimos pasos importantes hacia el fortalecimiento institucional. Establecimos el primer comité de ética en investigación del INS e indexamos la revista del instituto, lo que permitió que la investigación peruana ganara visibilidad a nivel mundial. Estos esfuerzos no solo promovieron la investigación, sino que también contribuyeron a la mejora de los sistemas de salud en el país. Dentro de esta misma línea de fortalecimiento, propusimos la creación de una red de institutos nacionales regionales de salud para descentralizar la investigación y mejorar la calidad del trabajo en salud pública en diversas regiones del país. Sin embargo, esta propuesta no se concretó, limitándose a la creación de laboratorios en Lima y Loreto.

Estas experiencias en el INS me proporcionaron una base sólida para abordar desafíos más amplios en otros contextos. Por ejemplo, en mi trabajo con la OPS en Perú coordiné una intervención para prevenir enfermedades de transmisión sexual en Amazonas, específicamente en Condorcanqui, una provincia marcada por altos índices de pobreza y exclusión. Aunque logramos que la población accediera a diagnósticos, el aumento en los casos de VIH en la región fue alarmante. Esta es, para mí, una experiencia “vergonzosamente exitosa” que refleja las complejidades de la intervención en salud pública.

Otra experiencia durante la pandemia de COVID-19, se me solicitó apoyar la unidad de tratamiento antirretroviral (TAR) en el Centro Materno Infantil (CMI) México en el distrito de San Martín de Porres (Lima). Participando en un taller de monitoreo del programa de TAR en CMI México descubrí que las pruebas diagnósticas se realizaban dos veces a cada paciente, lo cual consideré ineficiente. Tras consultar al personal, propuse reducir el tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento an-

tirretroviral, lo que resultó en un sistema más ágil y eficaz. Sin embargo, el crecimiento significativo en el número de pacientes en tratamiento, aunque es un éxito en términos de gestión, también subraya la gravedad de la situación.

Estas experiencias en gestión se complementaron con esfuerzos en mejorar la satisfacción del usuario. Desarrollamos cuestionarios que aún se utilizan para medir la calidad de la atención de los pacientes en salud. Aunque este instrumento requiere ser actualizado, ha sido una herramienta valiosa durante más de 25 años, demostrando la importancia de la evaluación continua en los servicios de salud.

Finalmente, un logro del cual me siento especialmente orgulloso fue el inicio de la vacunación contra la hepatitis B de alcance nacional, en Perú en 2002. En ese momento, Perú era uno de los pocos países en la región que no contaba con un programa nacional de vacunación contra esta enfermedad. A través de una gestión eficiente, logramos destinar dos millones de dólares para la compra de vacunas, lo que permitió cubrir la vacunación de la población durante dos años. Este proceso, que no solo implicó la adquisición de las vacunas sino también la transferencia de capacidades al Ministerio de Salud, representó un avance significativo en la salud pública del país.

Los problemas de la salud pública en el Perú

¿Qué puede decirnos sobre el impacto de la crisis de gobernabilidad, especialmente en relación con la alta rotación y el cambio de funcionarios públicos en los procesos de gestión de la salud? ¿Considera que esto explica la escasez de medicamentos esenciales y la crisis en el Centro Nacional de Recursos de Abastecimientos, CENARES?

Lo que es real en el país es que estamos asistiendo a una triste historia nacional, donde, como fruto de los niveles patológicamente altos de corrupción, enfrentamos una enorme crisis de gobernabilidad política, expresada en los desórdenes entre el Ejecutivo y el Legislativo. Estos desórdenes se han intensificado desde el gobierno de Kuczynski hasta la fecha, resultando en una altísima rotación de personal y de funcionarios en los distintos ministerios, incluyendo el de Salud. La crisis de gobernabilidad en el Perú no es exclusiva del Ministerio de Salud; se extiende a todos los sectores y niveles.

Cuando uno observa el caso de CENARES, que nació como una estrategia en los años 2000 para realizar compras de medicamentos mediante un mecanismo de subasta inversa, se ve que, a pesar de haber logrado ahorrar dos millones de dólares y equipar adecuadamente a los establecimientos de salud en varias regiones, el sistema ha fallado. A pesar de los esfuerzos, como incluir la región de Madre de Dios, que es una de las más excluidas del país, el problema persiste.

Hoy, según lo que ha salido en los medios, parece que ha surgido un “Club del Laboratorio” similar al “Club de la Construcción”. La subasta inversa, aunque diseñada para optimizar costos, ha sido vulnerada. Si los proveedores se coluden y no presentan ofertas, la subasta fracasa y el dinero se transfiere a las regiones, que terminan comprando medicamentos a precios mucho más altos. La idea de la compra centralizada era aprovechar economías de escala para reducir costos, pero ningún proceso administrativo se mantiene inalterado por más de tres años; requiere modernización debido a las elevadas tentaciones de corrupción que se evidencian a nivel mundial. Sin embargo, no hemos aprendido de los errores y seguimos operando con mecanismos obsoletos, que eran válidos a inicios del proceso de subasta inversa.

El desabastecimiento de micronutrientes y medicamentos, incluso oncológicos, ya era un problema antes de la pandemia. La crisis actual, agravada por la pandemia, refleja una “crónica de una muerte anunciada”.

Te pongo otro ejemplo, desde 2020 se sabía que aparecerían nuevas variantes de COVID, pero la cobertura vacunal en menores de 15 años es extremadamente baja, y las pruebas para diagnóstico son insuficientes debido a problemas políticos. La falta de vacunación y el limitado acceso a pruebas contribuyen a problemas de salud persistentes, como el COVID persistente y problemas de salud mental.

En consecuencia, podemos señalar que la crisis de gobernabilidad, sumada a la corrupción y la falta de respuestas efectivas, agrava la situación. No estamos aprendiendo de los errores y no se están implementando medidas correctivas adecuadas, lo que demuestra que enfrentamos una crisis grave en la gestión de la salud pública.

Con base en su amplia experiencia en el ámbito de la salud pública, ¿cuáles considera que son las principales deficiencias en la infraestructura de salud en el Perú? Además, ¿qué estrategias o medidas considera necesarias para abordar de manera efectiva estas carencias y mejorar la capacidad del sistema de salud?

No es solo infraestructura, es mucho más que eso. Para ello, pueden revisar los dos documentos elaborados para la OMS: Atención Primaria de la Salud en el Perú²⁶, redactado antes de la pandemia, y Atención Primaria de la Salud en el Perú y COVID²⁷, elaborado durante la pandemia de COVID-19. Ambos documen-

²⁶ Primary health care systems (primasys). En: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341085/WHO-HIS-HSR-17.32eng.pdf?sequence=1>

²⁷ Peru: a primary health care case study in the context of the COVID-19 pandemic. En: <https://ahpsr.who.int/publications/i/item/peru-a-primary-health-care-case-study-in-the-context-of-the-covid-19-pandemic>

tos están en inglés. En ellos, los autores concluimos que el Perú no cuenta con un sistema de salud integrado y cohesionado.

En detalle, el país presenta un sistema de salud segmentado y fragmentado²⁸. Por un lado, el Ministerio de Salud y sus regiones funcionan de manera autónoma, sin mecanismos de supervisión coordinados que dependan del Ministerio en Lima Metropolitana o de las regiones en el resto del país. Además, la seguridad social, que depende del Ministerio de Trabajo, opera con lógicas distintas y dispone de Unidades Básicas de Atención en Salud (UBAS) principalmente en grandes ciudades o capitales de departamento, dejando muchas áreas rurales desatendidas.

Por otro lado, las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, como SALUDPOL, la sanidad de la FAP, del ejército y de la marina, funcionan de manera independiente. Asimismo, el sector privado, tanto con fines de lucro como sin fines de lucro, ofrece servicios de salud, y en muchas áreas rurales, los centros parroquiales cuentan con técnicos o tecnólogos que colaboran en el diagnóstico de salud.

Esta fragmentación y la falta de coordinación entre los distintos sistemas y entidades contribuyen a una infraestructura de salud ineficaz y desarticulada. ¿A qué punto con esto? No contamos con un sistema de salud cohesionado; más bien, lo que tenemos es una suerte de collage, como me gusta decir. Es como si mezcláramos diferentes elementos de manera desorganizada, resultando en una imagen fragmentada. No existe un intercambio efectivo de servicios ni una relación de prestación integrada.

Un ejemplo claro de esta falta de cohesión se evidenció durante la pandemia. Las personas aseguradas por la seguridad social, EsSalud, acudían con COVID al sistema de salud del Ministerio de Salud (Minsa). Sin embargo, hasta donde tengo conocimiento, EsSalud no ha reembolsado al Minsa ni un sol de los gastos generados en el tratamiento de estos pacientes. Este tipo de situaciones subraya la falta de coordinación y el problema de subsidios entre los distintos sistemas de salud.

El gran desafío que enfrentamos es que cada subsistema opera como una isla autónoma. En el ámbito privado, cada cadena de clínicas también funciona de manera independiente, sin un intercambio prestacional entre ellas. Por ejemplo, si estoy asegurado en una clínica privada y sufro un accidente, no puedo ser atendido en otra clínica sin un permiso especial, y habitualmente, la clínica no asume esos costos. Esta fragmentación es vergonzosa y limita la capacidad de articular un sistema de salud coherente.

²⁸ Historia de la Atención Primaria de Salud en Perú: entendiendo su camino y perspectivas actuales. En: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v31n4/1729-214X-rmh-31-04-266.pdf>

No estoy pidiendo que tengamos un sistema único, sino que tengamos la capacidad de sentarnos y acordar un sistema articulado. Lo que necesitamos es superar el desorden y el caos actuales para construir un sistema de salud que funcione de manera integrada y coordinada.

Lo que denominamos actualmente como “sistema” es, en términos técnicos, un sistema segmentado y fragmentado. Es, en esencia, un sistema vergonzosamente o críticamente segmentado y fragmentado. Este problema radica en la falta de espacios adecuados para la prestación, coordinación y atención. Además, los esfuerzos para fortalecer los establecimientos de primer nivel han sido escasos y se ha avanzado muy poco en este ámbito.

Para ilustrar, en grandes ciudades como São Paulo, existe una central de laboratorio que procesa todas las muestras tomadas en los establecimientos de salud de la ciudad. En contraste, en Perú cada establecimiento tiene que realizar todas sus pruebas de manera independiente, lo que refleja una comprensión cultural errónea del sistema de atención primaria. En Perú, el sistema de atención primaria está clasificado en niveles I-1, I-2, I-3, I-4, entre otros. Sin embargo, los establecimientos de nivel I-1 aspiran a ser I-2, los I-2 quieren ser I-3, y así sucesivamente, sin contar con el apropiado recurso humano ni con las competencias básicas requeridas para cada nivel. En algún momento se intentó establecer establecimientos de atención de 12 y 24 horas para ordenar el sistema, pero la falta de coordinación y organización persiste. Este desorden interno es notable, y la falta de coordinación entre los diferentes niveles y establecimientos de salud contribuye significativamente a la ineficacia del sistema.

Si contáramos con un laboratorio centralizado en cada DIRIS o en cada red integrada de salud, en lugar de tratar de establecer un sistema muy amplio, tendríamos laboratorios certificados con pruebas de calidad, resultados apropiados, personal capacitado y equipos automatizados que proporcionen resultados en menos de 24 horas. Estas son prácticas recomendadas y descritas en la literatura para áreas como laboratorios y radiología, y deberían ser implementadas en la atención primaria.

Ahora, también hay una carencia significativa en cuanto a la promoción de la salud.

Desde luego, lo mencionado anteriormente no aborda el concepto integral de salud pública, que también incluye la promoción de la salud, que además se debe dar en todos los niveles de atención. Por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuánto se ha desarrollado sobre saneamiento básico y calidad de vivienda, hábitos alimentarios, higiene, la importancia de la actividad física y la salud mental, elementos esenciales para el bienestar personal y el de los demás? Si se ha recibido alguna capacitación en estos temas, es probable que haya sido mínima.

Allí entra la educación. La proporción de personas con estudios universitarios de alta calidad es bastante reducida. Por ende, la formación en estos aspectos esenciales de salud y bienestar es escasa y el trabajo en este ámbito sigue siendo muy limitado. La atención primaria es solo una parte de la salud pública, que también debe incluir la educación de la población para promover el bienestar general. El nivel de esfuerzo en esta área sigue siendo insuficiente.

Es bastante interesante y se valora su lógica expuesta respecto al sistema de salud, describiéndolo más como una composición de partes, un collage, que como un sistema cohesionado. Ahora, esta desconexión también se relaciona con la atención en zonas rurales. De hecho, usted ha realizado investigaciones sobre el servicio de salud en dichas áreas. Basado en la experiencia y los hallazgos obtenidos, ¿qué cambios considera necesarios para mejorar el apoyo en el campo de la salud pública en estos contextos?

Generar el cambio es fácil de decir, pero extremadamente complejo de lograr. Le pregunto lo siguiente: ¿se iría usted a trabajar como politólogo en el ámbito rural? Lamentablemente, la respuesta suele ser no, debido a que, hasta ahora, no hemos logrado desarrollar lo que se ha alcanzado en otros países del primer mundo, como la creación de polos de desarrollo.

Para ilustrar, podemos considerar varios ejemplos cercanos. Bolivia y Ecuador tienen polos de desarrollo, como La Paz y Santa Cruz en Bolivia, y Quito y Guayaquil en Ecuador. En Colombia, existen múltiples polos de desarrollo, no solo Bogotá. Chile tiene varios polos de desarrollo, distribuidos en el norte, centro y sur del país. Argentina y Brasil también presentan una distribución similar, con Brasilia como centro político y São Paulo y otras grandes ciudades como polos de desarrollo. Brasil ha invertido fuertemente en sus zonas fronterizas para crear polos de desarrollo.

Por ejemplo, en la frontera entre Perú y Brasil, muchos estudiantes peruanos eligen estudiar en Brasil debido a los esfuerzos de desarrollo en esa región. Similarmente, se ha reportado que en la zona de la triple frontera, algunos peruanos se trasladan a Colombia para estudiar, ya que el país ha invertido en crear polos de desarrollo y proteger su frontera.

Regresando a un aspecto operativo de tu pregunta, durante mi tiempo en la OPS en Brasil, me enteré de que los médicos que se trasladaban a trabajar en zonas fronterizas recibían sueldos que eran el doble o triple de los sueldos de los médicos en las grandes ciudades. Esto era un incentivo importante para asegurar que hubiera médicos permanentes en esas áreas.

Del mismo modo, en el ámbito de las ciencias políticas, no es realista esperar que alguien se traslade a una zona rural para realizar tareas administrativas a menos que haya una universidad cercana y un fuerte compromiso con el bienestar social que motive a enseñar allí. Sin ese tipo de incentivos o motivación, es

comprensible que haya poca disposición para trabajar en áreas rurales. Es completamente válido que las personas deseen progresar en sus carreras, dado el esfuerzo y dedicación que han invertido en su educación.

Entonces, el país debe invertir en el desarrollo de las regiones rurales para ofrecer incentivos atractivos y mejorar las condiciones de trabajo, de manera que se pueda atraer y retener talento en esas áreas. En este momento, no estamos apostando lo suficiente por este tipo de desarrollo.

Lo crítico en este caso es que, si no hemos logrado abordar adecuadamente los problemas del sistema de salud en la capital, resulta aún más desafiante enfrentar estos problemas en las zonas rurales.

Exactamente. Enfrentamos problemas significativos incluso en Lima. Por ejemplo, ¿cuál es la capacidad de su celular para captar señal en todas las áreas de Lima? Dependiendo de la ubicación, hay lugares donde la señal se pierde constantemente debido a problemas de conectividad. En los establecimientos de salud, la mayoría en Lima Metropolitana tienen una red muy limitada. El ancho de banda en hospitales y centros de salud debería ser suficientemente amplio para gestionar historias clínicas electrónicas y transmitir imágenes de rayos X, entre otras funciones. Si esto ocurre en Lima, ¿qué podemos decir de otras regiones?

Hace treinta años, durante un viaje, encontré un hospital en una provincia de Cajamarca, construido en la época de Odría, que operaba a la mitad de su capacidad debido a la falta de personal de salud. Además, había muy cerca un establecimiento de la Seguridad Social destinado a atender a los asegurados. ¿No parece esto patológico y anormal, cuando deberíamos estar optimizando el trabajo? La historia del país está plagada de ejemplos vergonzosos de este tipo. Sin un sistema integral, las soluciones que implementemos serán simplemente parches: más bonitos, más elegantes, más simpáticos, pero parches al fin. Y nadie está dispuesto a enfrentar el problema de raíz, porque nadie quiere construir un sistema coherente.

Uno de los aspectos que no hemos abordado es la colaboración entre diferentes sectores para mejorar la salud pública. ¿Cómo percibe usted que se podría fortalecer la colaboración entre el sector salud y otros sectores, como la educación, el transporte y el medio ambiente?

Si el tema dentro del sector salud es complejo, la situación se complica aún más cuando se trata de coordinar entre sectores. Permítame compartir mi experiencia en el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. En la última evaluación que revisé, el programa Qali Warma no funcionaba como se esperaba. ¿Por qué no funcionaba? En principio, el programa se aprobaba en el MIDIS y se transfería al sector correspondiente, de acuerdo con el diseño de todos los programas sociales. Si se revisa la

situación, se observa que muchos programas sociales debieron ser transferidos al sector correspondiente, pero no existe una definición clara de cuál es ese sector.

El programa debería articularse con el sector de educación, pero la situación ha empeorado. Anteriormente, había niveles de coordinación, pero la última información indica que la coordinación ya no se realiza. Surge una pregunta más amplia: ¿Cómo se van a abordar los temas de salud en la población escolar? ¿Se espera que los profesores enseñen temas de salud, o se coordinará para que los profesionales de salud proporcionen información en las escuelas? ¿Se complementará la práctica de actividad física en los cursos de educación física con charlas sobre temas de salud? ¿O se educará sobre la prevención del cáncer de cuello uterino, no solo hablando del cáncer en sí, sino destacando la importancia de la vacunación contra el virus del papiloma humano?

El problema radica en que todos seguimos viendo estos espacios como si fueran “espacios estanco”. Todo debería estar coordinado, pero no se promueve ni se está logrando esa coordinación. Siempre ha sido difícil coordinar porque cada entidad desea mantener el control exclusivo sobre su propio ámbito. Esta falta de colaboración impide el progreso.

Por ejemplo, ¿de qué sirve aumentar la asignación económica a los adultos mayores, ya sea a 200, 250 o incluso 1,000 soles, si el adulto mayor necesita una prótesis dental o una cirugía de cataratas? La coordinación necesaria para proporcionar tales atenciones es crucial. En mi experiencia en el MIDIS, tuve que coordinar con asesores de distintos despachos para facilitar la atención. En Lima Metropolitana, logramos que cerca de 200 personas se sometieran a operaciones de cataratas y coordinamos tratamientos odontológicos en algunos establecimientos. También conseguimos tratamientos de cataratas en Junín. Sin embargo, estas acciones deberían formar parte de un sistema estructurado y coordinado, lo cual aún no existe. Esta falta de estructura también refleja problemas profundos de gobernanza.

Desde finales de los años 90 y principios de los 2000, se empezó a impulsar el concepto de “gestión por resultados para el desarrollo”. En la práctica, esto implicaba que no solo se asignaba un presupuesto general, sino que se requerían actividades específicas y resultados concretos. Esto llevó a la creación de diversos documentos conocidos como los Anexos 2.

Esta lógica de gestión por resultados para el desarrollo implicaba trabajar con programas multisectoriales o transectoriales, es decir, programas que requerían la articulación de varios sectores, dado que ningún tema es exclusivo de un solo sector. En Perú, esta metodología se implementó en 2007 con el Programa Articulado Nutricional. Sin embargo, este programa se desarticuló y regresó a una lógica monosectorial, donde cada sector mantuvo el control exclusivo sobre su propio programa. Los Presupuestos por Resultados (PpR) en Perú, que se introdu-

ieron como una forma de gestión multisectorial, también sufrieron una regresión hacia una lógica monosectorial. En 2018, se intentó nuevamente implementar una lógica multisectorial bajo el concepto de Presupuestos Orientados a Resultados (PPoR). Aunque se han creado cuatro de estos programas, su nivel de implementación es casi nulo.

Entonces, si se desea impulsar una iniciativa con un enfoque social, es fundamental la coordinación entre sectores. Esto requiere construir una gobernanza sólida, algo que actualmente no existe en el país. El reto para los futuros tomadores de decisiones es, por tanto, considerablemente mayor, dado que ahora se cuentan con directrices y alguien debe asumir el desafío de darles vida y asegurar su implementación efectiva.

Este es el fin de la entrevista. Deseamos agradecerle sinceramente, doctor Llanos. Muchas gracias por compartir su experiencia, conocimientos y nuevas perspectivas sobre cómo deberíamos abordar el tema de la salud pública. Hemos discutido su trayectoria académica, los desafíos actuales y sus ideas para mejorar la gestión en este ámbito. Realmente apreciamos su tiempo y disposición para esta entrevista.

RESEÑA

- **Lossio, Jorge, y Mariana Cruz. 2022. ¿Qué hicimos mal? Sociedad y Estado frente al Covid-19. Lima: Instituto de Estudios Peruanos (IEP).**
Sergio Torres Quispe

Libro: “¿Qué hicimos mal? Sociedad y Estado frente al Covid-19”♦

Book: “What did we do wrong? Society and State against Covid-19

Autores: Jorge Lossio y Mariana Cruz

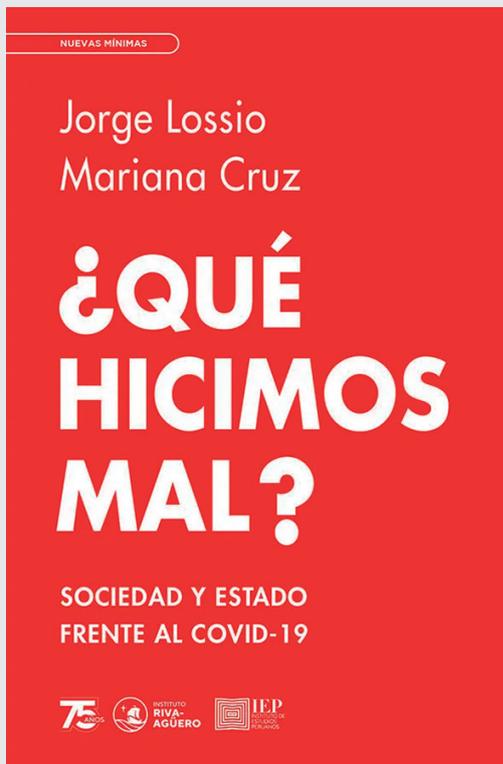
Instituto de Estudios Peruanos (IEP), 2022

DOI: <https://doi.org/10.18800/politai.202401.008>

Sergio Torres Quispe♦♦

Instituto de Estudios Peruanos (IEP), 2022

ORCID: 0009-0008-3377-3444



La reseña hace un repaso del libro “¿Qué hicimos mal? Sociedad y Estado frente a la covid 19” de Jorge Lossio y Marianna Cruz. Se analizan las dimensiones preventivas y paliativas en materia de salud pública en las que falló el Estado peruano. Se concluye que el principal problema de los fallos es la desigualdad, los enfoques preventivos de la propagación en los meses iniciales del año 2020 y la falta de poder infraestructural. Asimismo, se plantean aciertos y posibilidades como la vacunación a gran escala y la atención a ciudadanos sin hogar. De esta manera, se generan aprendizajes para enfrentar futuras pandemias a partir de los fracasos y aciertos del Estado y la sociedad con respecto a la covid-19.

- ♦ Citación en Lossio, J. & Cruz, M. (2022). ¿Qué hicimos mal? Sociedad y Estado frente al Covid -19. Instituto de Estudios Peruanos (IEP).
- ♦♦ Estudiante de pregrado de Ciencia Política y Gobierno en la Pontificia Universidad Católica del Perú e integrante de la Comisión de Investigaciones de la Asociación Civil Politai.

Un año después de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarara el fin de la pandemia por la covid-19 (BBC, 2023), se ha empezado a hablar del retorno a la “nueva normalidad”. Es decir, una vida libre de restricciones sanitarias en el que la pandemia forma parte de un pasado que es mejor no recordar. Pero, ¿hasta qué punto es posible voltear la página tan fácilmente? El libro “¿Qué hicimos mal? Sociedad y Estado frente a la Covid 19” de Jorge Lossio aparece como una necesidad de lectura para no olvidar un acontecimiento que impactó en la vida de todo un país. En el texto de los autores, se observa de forma crítica las dimensiones preventivas y paliativas de las políticas de sanidad del Estado peruano frente a la Covid 19. Por ende, a través de los aciertos como la vacunación a gran escala y los errores como la falta de combate a la desinformación, se generan aprendizajes para enfrentar futuras pandemias como Estado y sociedad.

Lossio y Cruz nos remiten a los años de la pandemia a través de un recuento histórico de las principales medidas del Estado peruano frente a la Covid-19 y las reacciones de la sociedad civil frente a ella. Los autores nos explican, por medio de este repaso, la responsabilidad que tuvieron actores tanto públicos como privados, y de la sociedad civil para controlar la curva de contagios y decesos por el virus. En un inicio, los autores reconocen que los errores aparecen incluso desde que se detecta el primer caso en Perú. Para Lossio y Cruz, resulta importante entender la pandemia desde su definición, es decir, como una epidemia de escala mundial. Por ende, resultaría poco acertado creer que no existen probabilidades de que llegue a un territorio geográfico determinado. Entonces, uno puede observar que las medidas dedicadas a la prevención de que ciudadanos extranjeros contagiados no pisen el territorio nacional son completamente ineficaces para responder a una enfermedad cuya capacidad de propagación era bastante elevada.

A partir de ello, los autores evalúan la precariedad del sistema económico, político y sanitario para enfrentar la propagación del virus una vez que se reportó el primer caso en el país. Entonces, enfatizan la necesidad de atender la desconfianza hacia el Estado y cómo ello repercute en las políticas públicas de sanidad con respecto a la pandemia. La visión que proponen es la de un Estado con un poder infraestructural deficiente y desigual en el territorio que ahora le decía a todos sus ciudadanos que debían quedarse en sus casas. Y es que a pesar de que en un inicio la cuarentena parecía una medida atractiva por su implementación a nivel mundial, el Perú tenía la enorme desventaja de que gran parte de su población vivía de la informalidad, o, como se suele decir, del “día a día”. Lossio y Cruz nos ofrecen un dato revelador con respecto a la cuarentena: más del 50% de ciudadanos estaba más preocupado por su alimentación del próximo mes, que por contagiarse.

Por otra parte, Lossio y Cruz nos recuerdan la importancia del Estado para combatir la desinformación y las fake news. Sin embargo, nuevamente destacan no solo su fracaso, sino también su complicidad para poder llegar a la población de manera eficaz. De otra forma, no se explica cómo es que gran parte de la población cedió ante medicamentos como la ivermectina y el dióxido de cloro, cuyos precios, señalan los autores, llegaron a duplicarse debido al incremento de su demanda en los primeros años de la pandemia. Por ende, cuando no existen sanciones efectivas a los medios que difunden este tipo de información y no hay una disposición a escuchar a los expertos en salud pública, se permite que los ciudadanos caigan ante falsas esperanzas que, inclusive, podrían generar sus muertes.

Más allá de las consecuencias negativas a los emprendedores y trabajadores que no podían adaptar sus trabajos a la modalidad virtual, los autores también nos recuerdan muy brevemente a las poblaciones vulnerables que se vieron afectadas durante la cuarentena. Por ejemplo, en el contexto familiar, los adultos mayores debían permanecer en sus casas, muchas veces en soledad. Además, los niños y jóvenes habían perdido el principal espacio de socialización: las escuelas y universidades presenciales. Asimismo, las mujeres eran más propensas a ser víctimas de violencia doméstica en sus hogares. El punto crítico en el libro

es que no hay ninguna mención a la comunidad transgénero y transexual en el Perú, que se vio afectada, específicamente, por la medida del “pico y género”. En estas salidas a la calle diferenciadas por sexo, se reportó que muchas mujeres trans habían sido increpadas por oficiales de las Fuerzas Armadas que les pidieron su documentación (France 24, 2020). A pesar de esta omisión, los autores son parte de la discusión para entender cómo la pandemia afectó la salud mental de la población a través de sentimientos como el miedo, el hartazgo, la preocupación, etc.

No obstante, no todo es desalentador cuando se realiza un recuento de este calibre. Lossio y Cruz cierran este libro recordándonos los aciertos del Estado peruano durante los años de la pandemia. Por ejemplo, se destaca el caso de la creación de la “Casa de Todos” para la atención a las personas sin hogar y la transformación de la Villa Panamericana en centro de atención a pacientes infectados. Asimismo, se recuerda la alianza del Estado con entes privados como la Universidad Católica para la provisión de ventiladores mecánicos en masa. Sin embargo, como recalcan los autores; estas medidas solo eran paliativas, en el sentido de que, incluso con su ejecución, la desigualdad aún era el principal problema por el cual muchos peruanos se contagiaban y no eran capaces de acceder a una atención de calidad. La única medida “equitativa” que proponen los autores es la de la vacunación que se extendió a otras regiones fuera de Lima, aunque tardíamente.

En conclusión el libro de Jorge Lossio y Marianna Cruz abarca múltiples ámbitos de la salud pública en el Perú. Por un lado, nos recuerdan la responsabilidad que tuvo el Estado para la prevención en los meses de enero y febrero de 2020 en materia de preparación para cuando el virus llegara al país. Asimismo, enfatizan la necesidad del Estado en generar vínculos no solo con la ciudadanía para legitimar sus medidas y combatir la desinformación, sino también con los entes privados para poder actuar en conjunto. Aunque varias medidas han ido en contra de muchos ciudadanos en situación de vulnerabilidad, Lossio y Cruz culminan recordándonos el éxito de programas como la vacunación. De esta forma, nos remite a pensar en la capacidad estatal dirigida a atender la desigualdad y las causas estructurales que originaron el caos en la pandemia. Una vez que el Estado pueda generar este poder infraestructural, el Perú estará más preparado para combatir las pandemias y las enfermedades que hoy amenazan al mundo, como producto del cambio climático

REFERENCIAS

BBC Mundo. (2020, 17/04).

La OMS declara el fin de la emergencia sanitaria global por la covid-19. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-65500141>

France 24. (2020, 17/04).

¿Por qué falló Perú con el ‘pico y género’ para contener al Covid-19?. <https://www.france24.com/es/20200417-peru-fallo-pico-y-genero-coronavirus-confinamiento>

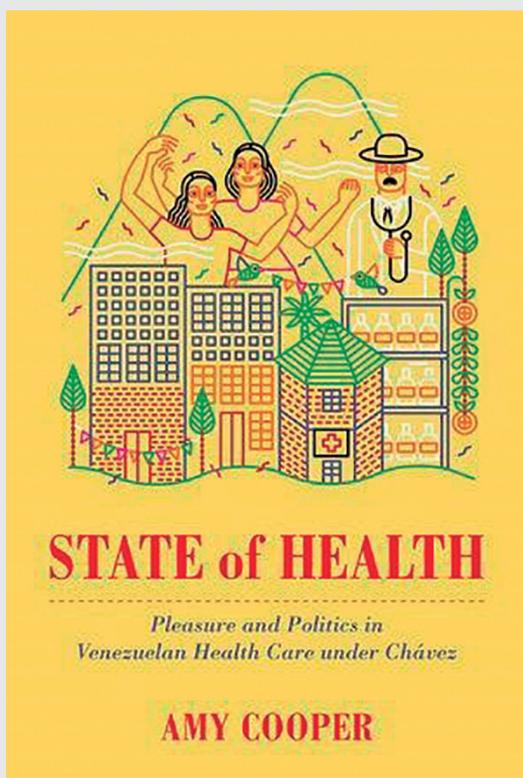
Lossio, J. & Cruz, M. (2022).

¿Qué hicimos mal? Sociedad y Estado frente al Covid -19. Instituto de Estudios Peruanos (IEP).

Observatorio

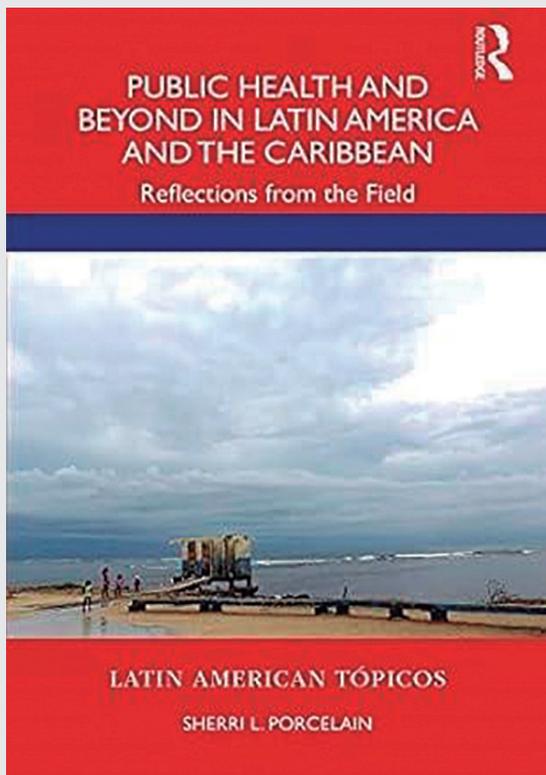
Libros

COOPER, Amy 2019
State of Health: Pleasure and Politics in Venezuelan Health Care under Chávez
University of California Press



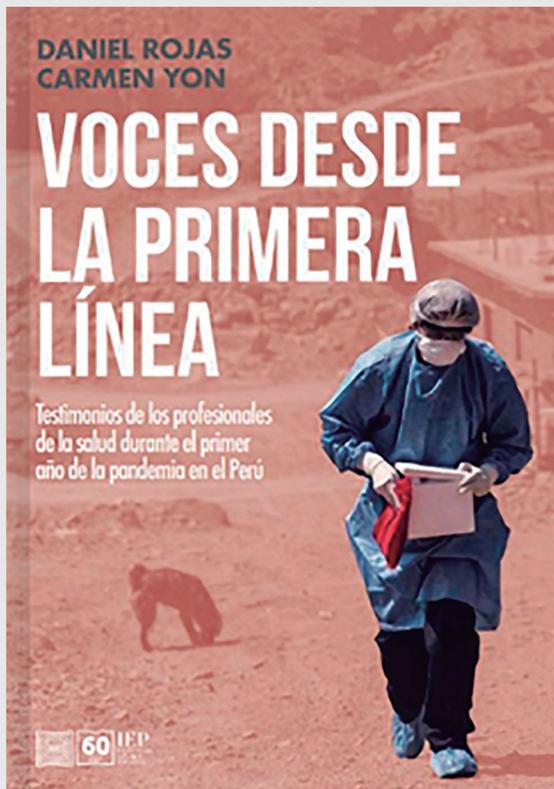
La investigación tiene como propósito explorar las transformaciones en la atención médica en Venezuela a partir de la implementación del programa de salud Barrio Adentro durante el gobierno de Hugo Chávez (1999-2012). Este estudio aborda el programa desde sus objetivos estratégicos y los recursos otorgados por el Estado para garantizar el acceso gratuito y universal a la salud hasta los cambios en la relación entre Estado y sociedad. De este modo, se enfatiza la importancia de la salud comunitaria y pública en el involucramiento de la ciudadanía durante los procesos de formulación e implementación del programa en cuestión; así como sus limitaciones frente a las tensiones políticas que emergen dentro de la sociedad venezolana y los desafíos en cuanto a la satisfacción de demandas cada vez más exigentes por parte de los sectores más afines al chavismo.

COOPER, Amy 2019
State of Health: Pleasure and Politics in Venezuelan Health Care under Chávez
University of California Press



El libro de Sherri Porcelain revisa tanto los desafíos históricos como los contemporáneos de la salud pública en América Latina y el Caribe, así como sus avances correspondientes, desde una mirada interdisciplinaria, que da cuenta de los factores económicos, sociales, culturales, ecológicos e institucionales que explican las condiciones actuales de salud dentro de la región latinoamericana y caribeña. Se estudia los factores internos y externos que dan cuenta del contenido que alude a los problemas que ha afrontado la región y las respuestas planteadas por los actores públicos tanto para prevenir, promover, mantener y asegurar el bienestar de la ciudadanía

YON, Carmen & Daniel ROJAS 2024
Voces desde la primera línea. Testimonio de los profesionales de la salud durante el primer año de la pandemia en el Perú.
Instituto de Estudios Peruanos (IEP)



La pandemia del coronavirus llevó al sistema de salud peruano al borde del colapso, intensificando problemas preexistentes y colocando a los profesionales en una situación crítica. En este contexto, el libro de Daniel Rojas y Carmen Yon documenta de manera profunda las experiencias de estos trabajadores en el epicentro de la crisis. Recogiendo testimonios frescos de los momentos más agudos de la pandemia, el texto refleja la urgencia y el caos vivido. Los relatos muestran la respuesta estatal caótica, la falta de recursos adecuados y las decisiones difíciles que tuvieron que tomar los profesionales de la salud bajo una presión inmensa. A través de estas voces, el libro ofrece un valiente y conmovedor retrato de la crisis sanitaria, confrontando al lector con una realidad dura y aún difícil de aceptar.

Papers y documentos de trabajo

BUSTÍOS, Carlos & Juan Pablo MURILLO

2023 Rogelio Bermejo Ortega y el desafío de la atención primaria de salud en el Perú.

Anales de la Facultad de Medicina 84(1):110-116

DOI: <<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/14582>>

Este artículo historiográfico tiene un doble propósito: primero, rendir un sentido homenaje a la vida y el legado del doctor Rogelio Bermejo Ortega, un pionero peruano en la salud rural, la participación comunitaria y el trabajo conjunto entre sectores para mejorar el bienestar de todos. Bermejo Ortega no solo fue un visionario en su campo, sino que también dedicó su vida a llevar la salud a las áreas más necesitadas, promoviendo un enfoque más inclusivo y colaborativo.

En segundo lugar, el artículo se propone hacer un análisis crítico inicial sobre cómo se ha implementado la Atención Primaria de Salud (APS) en Perú, tomando como referencia su obra fundamental, "Atención Primaria de Salud en Perú". Al revisar sus observaciones y propuestas, el artículo pretende identificar aspectos clave que podrían ayudar a revitalizar y reformar el sistema de salud peruano, especialmente en tiempos de crisis. La meta es asegurar que el principio de "salud para todos y para todas" no sea solo un lema, sino una realidad concreta y accesible para todos los peruanos.

ARROYO, Juan & Carlos ARAMBURÚ

2023 Patrones de conducta social de trabajadores informales durante eventos extremos:

lecciones de la vida social durante la pandemia de covid-19 en Lima, Perú.

Salud Colectiva, (19), e4494.

DOI: <<https://doi.org/10.18294/sc.2023.4494>>

El estudio investiga cómo la pandemia y el periodo inicial después de ella han cambiado la vida social en la zona textil de Gamarra en la ciudad de Lima Metropolitana, donde laboran aproximadamente unas 89.123 personas en un entorno con alta informalidad laboral. A través de 62 entrevistas semiestructuradas con trabajadores textiles, dueños de tiendas y vendedores ambulantes, la investigación descubre dos etapas clave: primero, cómo la pandemia afectó a estas personas de manera inmediata, y luego, cómo se adaptaron y encontraron nuevas maneras de trabajar y vivir. El estudio sugiere que el futuro podría integrar algunos cambios permanentes de esta experiencia, con una sociedad que podría ser más consciente de la higiene y la salud, más centrada en la familia, con un uso mayor de la tecnología y el trabajo híbrido, y con un aumento en la conexión social entre las personas.

**GIANELLA, Camila, Jasmine GIDEON &
María José ROMERO**

2023 What does COVID-19

tell us about the Peruvian health system?

*Canadian Journal of Development Studies / Revue canadienne
d'études du développement, 42 (1-2), 55-67.*

DOI: < <https://doi.org/10.1080/02255189.2020.1843009> >

Este paper examina la forma en cómo la implementación de la pandemia del COVID-19 expone las debilidades estructurales del sistema de salud en el Perú, especialmente en lo que respecta a su fragmentación y las desigualdades históricas correspondiente a la atención médica en el país, los cuáles han socavado la capacidad del Estado peruano para brindar una respuesta efectiva frente a esta coyuntura. El artículo enfatiza en los riesgos de las estrategias centradas en el cumplimiento de objetivos de desarrollo a escala global y en la desatención de las autoridades estatales en formular e implementar políticas que contribuyen en el fortalecimiento de la infraestructura social y económica de la salud pública en el Perú.

Esto implica la necesidad de reevaluar el enfoque hacia el desarrollo implementado en las últimas décadas y abordar las desigualdades estructurales de manera más efectiva. De este modo, se concluye que la debilidad estatal que deriva de estas inequidades han intensificado el impacto del COVID-19 en el bienestar y la salud de la población en su conjunto y genera la necesidad de observar la pertinencia de las Asociaciones Público-Privadas como estrategias que generen resultados frente a los problemas que afronta el país en la materia en cuestión.

**COZZUBO, Ángelo, Javier HERRERA,
Mireille RAZAFINDRAKOTO & Francois ROUBAUD**
**2021 El impacto de políticas diferenciadas de cua-
rentena sobre la mortalidad por COVID-19: el caso de
Brasil y Perú (Documento de Trabajo - Departamento
de Economía PUCP)**

DOI: < <http://doi.org/10.18800/2079-8474.0501> >

Este estudio analiza, desde una perspectiva comparada, el impacto de las políticas diferenciadas durante la implementación de la cuarentena en las tasas de mortalidad por COVID-19 en Brasil y Perú. La selección de ambos casos de estudio responde a que si bien ambos Estados implementaron estrategias de confinamiento diferentes entre sí, tanto Perú como Brasil reportaron altas tasas de mortalidad durante el pico de la primera ola de COVID-19 en el año 2020. Por medio de una metodología de identificación causal a un nivel de desagregación geográfica fina, se determina que el patrón de defunciones por COVID no es aleatorio y que los hotspots de sobremortalidad comenzaron en las grandes ciudades, extendiéndose con el tiempo. Asimismo, el estudio de eventos de fallecimientos a escala distrital reveló que el efecto de la pandemia no es lineal, con una evolución de corto y largo plazo en la tasa de fallecimiento. De este modo, el estudio sugiere la necesidad de reevaluar las políticas de desarrollo y abordar las desigualdades de manera más efectiva con el propósito de elaborar instrumentos de política pública que resulten útiles frente a coyunturas similares a la pandemia.

Plataformas y proyectos académicos

Observatorio Peruano de Productos Farmacéuticos Disponible: < <https://opm-digemid.minsa.gob.pe/#/consulta-producto> >

El observatorio de productos farmacéuticos está bajo la dirección general de medicamentos, insumos y drogas del viceministerio de salud pública. Dicha plataforma concentra toda la información de precios de productos farmacéuticos ofertados a nivel nacional en las farmacias vigentes. Esta página permite transparentar la información, a través de un catálogo, a la ciudadanía sobre los precios de productos por categoría de establecimiento, laboratorio y lugar de las farmacias. Así, ofrece también alternativas para hacer pedidos a través de la plataforma de ciertos medicamentos de difícil acceso. En este sentido, pone a disposición vías de comunicación entre el mismo Ministerio de Salud y la población peruana.

Observatorio Peruano de Migración y Salud (OPEMS) Disponible: < <https://opems.cayetano.edu.pe/> >

El Observatorio Peruano de Migración y Salud (OPEMS), de la Universidad Cayetano Heredia, se enfoca en entender cómo los procesos migratorios impactan en la salud de las personas. Entre la información que se expone, se encuentran investigaciones relacionadas a quienes llegan de otros países hacia el Perú y los que se mueven dentro del territorio, analizando cómo estos cambios afectan su bienestar y acceso a servicios de salud. A partir de sus hallazgos, el OPEMS busca ofrecer recomendaciones para mejorar las políticas y estrategias que apoyen a los migrantes. Además, trabaja conjuntamente con otras organizaciones para abordar estos desafíos y comparte sus descubrimientos para ayudar a crear soluciones que beneficien a las comunidades migrantes.

Observatorio de Clima y Salud (OCS) Disponible: < <https://app7.dge.gob.pe/maps/clima-salud/> >

Esta plataforma amigable muestra información sobre el impacto del cambio climático en la salud de la población peruana. Esta surge como iniciativa de trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Medio Ambiente bajo la responsabilidad de ser administrada por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA y la dirección general de Cambio Climático y Desertificación del MINAM. El objetivo principal de esta plataforma es difundir información sobre la situación actual de las enfermedades en el ancho y largo del territorio nacional, así como, impulsar la concientización sobre la prevención y control de enfermedades por las autoridades competentes a largo plazo. Este objetivo es alcanzable gracias a la actualización constante de información en la plataforma y lo amigable que es esta para exponer su información por regiones.



Politai: Revista de Ciencia Política es una publicación académica dedicada a la difusión de investigaciones en Ciencia Política en Perú y América Latina. Fundada en 2009, promueve la investigación y el conocimiento en esta disciplina.

Como revista académica, Politai aplica un riguroso proceso de arbitraje mediante un Comité Revisor especializado. Cada artículo es evaluado imparcialmente bajo el sistema de doble ciego y revisión por pares, garantizando que las opiniones sean responsabilidad exclusiva de los autores.

Nos enorgullece estar indizados en bases de datos como Latindex, Dialnet y DOAJ, lo que resalta nuestra relevancia en el ámbito académico.

