

La politización del sistema de salud y sus repercusiones en la crisis del COVID-19 en Bolivia: una mirada en retrospectiva

*The politicization of the health system and its repercussions
on the crisis of COVID-19 pandemic in Bolivia:
a retrospective gaze*

Juana Roca Sánchez¹

Resumen

¿Cuáles son las razones por las que en Bolivia aún existe un sistema de salud básico? ¿Cuáles son las raíces del problema? ¿En qué han influido los vaivenes políticos a lo largo de la historia, en la situación tan precaria de los servicios médicos en el país? Las respuestas a estas interrogantes parten de la premisa de que el sistema de salud boliviano sufre de una constante politización poco investigada que debe ser estudiada por cientistas sociales. Para comenzar a explorar dicha politización, en este artículo se abordan los siguientes puntos: 1) la relación entre la política y los sistemas de salud pública; 2) un escueto y general repaso histórico sobre cómo durante los últimos cien años el sistema de salud boliviano ha estado sujeto a la política; 3) un análisis del sistema de salud vigente; 4) el Sistema de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI) diseñado por los gobiernos del Movimiento al Socialismo. Finalmente, se hace una reflexión con respecto al impacto de dicho sistema en la crisis de la pandemia del COVID-19 que vivimos hoy en Bolivia.

1 Juana Roca Sánchez es candidata a PhD en Ciencias Sociales del Centro de Estudios y Documentación Latinoamericanos-Universidad de Amsterdam (Países Bajos). Tiene estudios de maestría en Antropología y Desarrollo, por el London School of Economics (Reino Unido), y en Gestión Pública, por la Universidad de Potsdam (Alemania). Es coordinadora de la Maestría en Estudios Críticos del Desarrollo y docente investigadora en el Postgrado en Ciencias del Desarrollo-Universidad Mayor de San Andrés (CIDES-UMSA). jroca@cides.edu.bo

Palabras clave: COVID-19 en Bolivia, politización de sistemas de salud, ciencias sociales, SAFCI, “Vivir Bien”.

Abstract

Why is the Bolivian healthcare system still so basic? What are the roots of the problem? How has political instability throughout history, determined the precarious medical services available in the country today? The answers to these questions start from the premise that the Bolivian healthcare system has suffered from the general political uncertainty and instability, which has not yet been researched, and must be studied by social scientists. In order to explore the politicization of the healthcare system in Bolivia, this article addresses the following issues: 1) The relationship between politics and the public health systems; 2) A brief general historical review on how, during the last century, the Bolivian healthcare system has been subjected to politics; 3) An analysis of the current healthcare system; 4) Examines the main health policy introduced by Evo Morales Ayma's government, known as the Intercultural Community Family Health System (SAFCI). Finally, the impact of these policies during the COVID-19 crisis are assessed.

Keywords: COVID-19, Bolivia, politicization of healthcare systems, social sciences, SAFCI, “Vivir Bien”.

El 25 de marzo de 2020 se reportó el primer fallecimiento en La Paz de una víctima de COVID-19. Richard Sandoval, el gerente de cincuenta años de edad de una empresa reconocida en Bolivia, había vuelto a esta ciudad el 17 de marzo después de pasar diez días en Miami y Nueva York con su esposa para visitar a su hijo. Luego de notar los síntomas típicos del coronavirus y de internarse en una clínica privada (Clínica del Sur) donde lo diagnosticaron de neumonía aguda y de esperar unos días a que el Servicio Departamental de Salud-SEDES (entidad a cargo de los enfermos de COVID-19) le hiciera la prueba respectiva, terminó realizándosela de forma privada. Al enterarse del caso, el SEDES ordenó su traslado al Hospital Municipal La Portada, lugar asignado por la alcaldía exclusivamente para estos casos. La ambulancia en la que fue trasladado no tenía camilla ni demás accesorios, y el hospital de segundo nivel (Hospital La Portada) supuestamente acondicionado para enfermos de COVID-19 no disponía del equipamiento ni el personal médico adecuado cuando llegó el Sr. Sandoval.

Al día siguiente, se solicitó un nuevo traslado del paciente a otro centro: el Hospital del Norte en la ciudad de El Alto. Este otro sí tenía una unidad de terapia intensiva con su respectivo especialista además de respirador, pero el paciente no alcanzó a llegar a tiempo. Lamentablemente Richard Sandoval murió ese mismo 26 de marzo en la noche. La supuesta posición socioeconómica privilegiada que tenía y sus contactos con dueños de clínicas privadas y con el mismo alcalde de La Paz, Luis Revilla, no fueron suficientes para salvarle la vida.²

Este caso es una radiografía del sistema de salud al que accedieron los contagiados de COVID-19, durante marzo de 2020 en la ciudad de La Paz, cuando la primera víctima en contraer el virus en dicha ciudad murió. Esto demuestra, de manera cruda, la vulnerabilidad que enfrentamos hoy los ciudadanos bolivianos sin distinción de género, ni raza, ni estrato socioeconómico, gracias a un sistema de salud paupérrimo e ineficiente, donde hasta los más ‘protegidos’ están totalmente desprotegidos. Si en la sede de gobierno de Bolivia no existe infraestructura adecuada, ni suficientes médicos especialistas para atender a los enfermos de coronavirus, ¿qué se puede esperar de la atención en áreas periurbanas o rurales, donde además existen altos índices de mortalidad infantil, de desnutrición y exposición a otras enfermedades como el dengue o la tuberculosis? Ante esta situación surge una serie de interrogantes que personas no especialistas en salud o en salud pública –como la que escribe este artículo– formulan como potenciales usuarios del mencionado sistema: ¿Cuáles son las razones por las cuales Bolivia tiene un sistema de salud tan básico, a pesar de la supuesta bonanza económica del país que hubo durante años recientes? ¿Cuáles son las raíces de este problema? ¿En qué influye la política y sus vaivenes a lo largo de la historia en la situación tan precaria de servicios médicos en el país?

Para responder estas preguntas, se asumió (erróneamente) que existe una variedad de estudios en relación a lo planteado, además de inventarios, acceso a listas de especialistas médicos con ítems en centros de salud

2 Este artículo fue escrito entre fines de marzo y comienzos de abril de 2020, cuando comenzó a manifestarse la pandemia del coronavirus en La Paz.

y hospitales, junto con datos actualizados en páginas web, como la de la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la del Ministerio de Salud. Después de intentar usar contactos para buscar a servidores públicos en entidades relevantes para entrevistarlos vía WhatsApp, toda la información tanto de tipo cuantitativo como cualitativo parecía inaccesible de parte de los funcionarios de las diferentes entidades estatales (Gobierno central, Servicio Departamental de Salud (SEDES), Gobernación y Alcaldías de La Paz). Por otro lado, según una investigación realizada el 2016 sobre el estado del arte de investigaciones sobre el sistema primario de salud en Bolivia (el modelo que se viene aplicando en el país desde hace más de dos décadas con diferentes matices), existe una ausencia de estudios semiexperimentales con sólidos marcos conceptuales, mediciones exactas de resultados y estudios comparativos (Alvarez *et al.*, 2016: 34). Las pocas investigaciones tanto de autores nacionales como internacionales desde la salud pública y las ciencias sociales que se lograron encontrar en internet, durante las circunstancias actuales de cuarentena, fueron publicadas antes del 2011. Es decir, los últimos nueve años aún quedan por ser investigados, o los estudios no están siendo adecuadamente difundidos.

Haciendo una lectura de la situación descrita que ilustra un sistema de salud paupérrimo para enfrentar la pandemia en cuestión, además de la falta de investigaciones recientes y de información actualizada sobre indicadores de salud y el temor de los actores involucrados para darla, se puede inferir que en Bolivia existe con mucha fuerza un fenómeno muy común dentro de todos los Estados del mundo ricos o pobres, y muy poco o quizás no estudiado en el país: la politización de la salud. En este artículo se plantean elementos centrales para explorar dicha politización, primero a través de una somera reflexión teórica con respecto a la relación entre la política y los sistemas de salud pública. Como segundo paso se hace un escueto y general repaso histórico con fuentes secundarias, sobre cómo durante los últimos cien años el sistema de salud en Bolivia ha estado sujeto a la política. El tercer punto se refiere al sistema de salud vigente, implementado por los gobiernos del Movimiento al Socialismo (MAS), en base a documentos oficiales del Banco Mundial, del Gobierno de Bolivia y con el apoyo de artículos especializados de investigadores bolivianos

e internacionales. Como siguiente paso, se analiza la política principal del sistema de salud heredada de los gobiernos de Evo Morales Ayma, conocido como *Sistema de Salud Familiar Comunitario Intercultural* dentro de su orientación ideológica y política enmarcada en el *Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia digna, soberana, productiva y democrática para Vivir Bien 2006-2010*. La información es extraída del mismo tipo de fuentes que las del anterior punto, junto con entrevistas de informantes que prefieren mantenerse anónimos. En el cuarto punto se hace una reflexión con respecto al impacto de dichas políticas en la crisis de la pandemia del COVID-19 que vivimos hoy en Bolivia.

Debido al referido gran vacío, se pretende establecer un punto de partida para futuras líneas de investigación para científicos sociales o investigadores en gestión y políticas públicas, no necesariamente expertos en medicina o en salud pública.

La relación entre política y salud

¿Es relevante la política en la salud pública? ¿Es buena la democracia para la salud? (Safaei, 2006). A pesar de la existencia de una variedad de estudios sobre la relación entre economía y salud pública tanto dentro como fuera de Bolivia, es muy escasa la investigación sobre la conexión de esta última con la política. Se trata de un ámbito extremadamente amplio y novedoso de investigación alrededor de la relación política y salud, que puede interesar a sociólogos, antropólogos médicos, historiadores y politólogos, y además a aquellos interesados en las relaciones de poder y política que se crean alrededor de la salud, tal como lo propone una investigación reciente de carácter multidisciplinario (Gore y Parker, 2019).

Existe entonces un sinfín de elementos que pueden incidir en la politización de la salud, como ha ocurrido con el sistema gratuito de salud británico en crisis conocido como ‘National Health Service’ (NHS), o el controversial ‘Obama Care’ en Estados Unidos, donde se discuten los derechos y a la vez los altos costos para los Estados cuando se otorga salud gratuita universal. En otros ámbitos, Safaei plantea cómo hay mayor

expectativa de vida y tasas menores de mortalidad materna-infantil en países ‘parcialmente libres’ y ‘países libres’ que respetan los derechos humanos, basándose en *rankings* de 150 países sobre democracia, junto con variables socioeconómicas de salud pública en varios países (Safaei, 2012, 2006). Los análisis de este autor destacan cómo las violaciones de derechos humanos por parte de los Estados en mujeres y niños afectan directamente la salud de estos (Safaei, 2006: 134). Otros estudios del mismo investigador se refieren a las formas en las cuales la democracia deliberativa puede incidir en diferentes conceptos de ‘compromiso público’ (*public engagement* en inglés), decisiones compartidas con la población, y cuidados centrados en los pacientes (Safaei, 2015).

A pesar de la evidente relación entre política y salud, muchos profesionales en salud pública consideran que el involucrarse dentro del sistema político está fuera de su competencia profesional o especialidad. No obstante, están surgiendo investigadores en diferentes partes del mundo que sostienen que la ciencia (la medicina) puede identificar soluciones referentes a la salud pública, pero solamente la política es capaz de convertir dichas soluciones en realidad (Oliver, 2006, en Greer, 2017: 40). De la misma manera, sigue la tendencia común no solamente entre politólogos, sino entre otros científicos sociales, de pensar que el ámbito de la salud es para médicos o especialistas en salud pública. Esta inclinación sin embargo está también cambiando a medida que los investigadores de diversas disciplinas han ido tomando en cuenta que las instituciones estatales y la historia política, así como las relaciones entre las sociedades y los Estados, son factores o elementos que configuran las políticas de salud (Gore y Parker, 2019: 484).

Con estas premisas en mente, cabe preguntarse cómo ha sido entonces históricamente la relación de la política y el sistema de salud en Bolivia. ¿Cómo han incidido las orientaciones político-ideológicas de las últimas décadas en la estructuración del sistema de salud pública para enfrentar hoy la pandemia del COVID-19? ¿Cuáles son las principales contradicciones de tipo político que surgieron dentro de los gobiernos del MAS, provocando la politización del sistema de salud que hemos vivido durante la mayor parte del tiempo en que este partido llevó las riendas del país?

El sistema de salud pública en Bolivia: un breve repaso histórico

En 1900, solamente había 142 médicos practicantes en Bolivia, y sus servicios se limitaban a centros urbanos. Dentro de este contexto, los gobiernos liberales de comienzos del siglo XX, junto con algunos intelectuales como Jaime Mendoza (quien también fue médico), discutían sobre el tema de la salud pública, que se convirtió en un elemento central en el debate de aquel entonces sobre ‘como civilizar al indio’. Este interés por la salud pública reflejó el miedo de la élite al contagio de epidemias, a medida que la población indígena se puso en contacto más cercano con los que no eran considerados indios (Zulawski, 2000: 113).³ En 1918, antes de que se completara el nuevo Hospital General (desde aquel entonces hasta hoy, uno de los más grandes y mejor equipados de la ciudad de La Paz), un médico describió los dos principales hospitales de la ciudad como buenas razones por las cuales los bolivianos (al igual que en el presente) preferían morir en sus hogares antes que someterse a las condiciones de algún nosocomio. También señaló que las secciones de enfermedades infecciosas del hospital de hombres eran tan antihigiénicas y las salas tan abarrotadas que un paciente podía entrar fácilmente con una enfermedad e irse a casa y morir de otra que había contraído en el hospital. En el campo, la situación no era más esperanzadora, aunque la medicina natural era comúnmente ejercida a través de los médicos *kallarwaya* (Zulawski, 2000: 114, 115).⁴

Con el fin de mejorar las condiciones descritas correspondientes a las primeras décadas del siglo anterior, a partir de la década de 1940, los gobiernos tanto de la llamada ‘rosca’ como los asociados al Movimiento

3 Las enfermedades epidémicas fueron las principales causas de muerte en las zonas urbanas y rurales durante el siglo XIX y a comienzos del siglo XX en Bolivia. En 1796 se desarrolló una vacuna contra la viruela en Europa, y Bolivia intentó primero ponerla a disposición después de la independencia en 1826. En 1902, una nueva ley obligó a la vacunación, pero tuvo que volver a promulgarse en 1909 ante epidemias graves. Incluso entonces la vacunación era limitada, y la mayoría de los bolivianos seguían siendo vulnerables a la enfermedad. La fiebre tifoidea era endémica en el país, y a principios de 1900 se produjeron oleadas de epidemias que causaron muchas muertes (Zulawski, 2000: 113).

4 La traducción de esta y de las demás citas de artículos escritos originalmente en inglés son de la autora.

Nacionalista Revolucionario (MNR), después de 1952, se vincularon con instituciones norteamericanas como el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública [Cooperative Inter-American Health Service (SCISP)], que operaron entre 1942 y 1963. El SCISP fue financiado tanto por el Gobierno de Estados Unidos como por el de Bolivia, y los programas de salud fueron ejecutados por el Ministerio de Salud. Esta institución centró sus esfuerzos en entrenamiento de aprendices a médicos y enfermeras en áreas rurales, y apoyó en la creación de postas de salud en dichas áreas (Mendizábal Lozano, 2002: 259, en Pacino, 2019: 51). La organización sindical médica nació en 1954 en la Caja Nacional de Seguro Social y poco después dio origen a la Confederación Médica Sindical de Bolivia (COMSIB). Esta organización influyó fuertemente en la conceptualización de la organización de los servicios médicos y en el posterior desarrollo de la salud pública en Bolivia. En sus largos años de lucha no solamente gremial sino además social y política, la COMSIB en alianza con las organizaciones de trabajadores logró un avanzado grado de cogestión en la Caja Nacional de Seguridad Social y un progresivo grado de influencia en el Ministerio de Salud (Torres-Goitia, 1997: 10).

Nicole Pacino, quien estudia el proceso de la politización de la salud en tiempos del MNR hegemónico (1952-1964), sostiene que la salud pública en aquellos tiempos era ‘política’ porque representaba diferentes interpretaciones sobre la obligación del Estado de atender a las comunidades rurales. Fue así que para el MNR los programas rurales de salud incrementaron la autoridad estatal en regiones marginales y consolidaron la revolución al cultivar el apoyo en el campo (Pacino, 2019: 62). Otro aspecto relevante de esta época es el inicio de los sistemas de seguro social de salud en 1956, con la creación de la Caja Nacional de Salud. Este fue el primer centro en el país que otorgó un seguro a los trabajadores asalariados y que estableció el sistema de cajas con el fin de garantizarles el acceso a la salud. Los importantes avances sociales que inició la Revolución Nacional de 1952 se interrumpieron formalmente con el ciclo militar iniciado en 1964. El golpe de Estado de agosto de 1971, que inició el último ciclo militar del siglo XX, frustró según Torres-Goitia la aplicación en el país de una política democrática de salud. La abolición de libertades, la radical

destrucción de todas las organizaciones sindicales, incluyendo la COMSIB, hicieron volver atrás las políticas de salud, retornando al Ministerio de Salud la práctica asistencialista de planes y programas verticales, desconectados entre sí y del país. Es así que antes de 1983 predominó en el país una práctica meramente asistencialista. Esta era militar, con breves períodos democráticos, dejó a Bolivia los peores indicadores de desarrollo económico-social de América Latina, sobre todo en el campo de la salud (Torres-Goitia, 1997).

En 1983 (ya durante la nueva etapa democrática), se implementaron los Comités Populares de Salud, en áreas locales. Estos comités establecieron un sistema de cogestión con el personal profesional encargado de la atención de los establecimientos de salud y tomaron a su cargo actividades específicas para potenciar los servicios. Como en ninguna otra gestión, el Ministerio de Salud ganó consenso en la población y contó con la solidaria colaboración de los medios masivos de comunicación social, de la iglesia, de organizaciones privadas como el Club de Rotarios o de Leones y aun de la prensa opositora al Gobierno (Torres-Goitia, 1997: 5). Con el regreso a la democracia entre varias conquistas, se logró aplicar la política de medicamentos esenciales recomendada por la OMS y abaratar los medicamentos cuyos precios llegaron a ser la décima o vigésima parte de los que se comercializaban en el país. Las Farmacias Populares se organizaron como respuesta a las interferencias para la aplicación de la política de medicamentos. También fue notoria la notable baja en los índices de mortalidad infantil, en comparación al período dictatorial.⁵ Durante esta nueva crisis económica aguda⁶ pero dentro de un ambiente democrático, los Comités Populares de Salud fueron fundamentales. Estos fueron presididos en cada departamento por el Secretario General de la Central Obrera Departamental correspondiente o por el Dirigente de

-
- 5 El sarampión, que constituía la tercera causa de mortalidad infantil, desapareció de los registros en 1984 y 1985. La poliomielitis bajó a cero, las enfermedades diarreicas agudas dejaron de ser la primera causa de hospitalización en los servicios de pediatría de los hospitales públicos y el bocio cuya prevalencia era de 65% en el país (Torres-Goitia, 1997: 11).
- 6 La gravedad de la crisis obligó a Siles Zuazo a acortar su período de gobierno. Le sucedió el presidente Víctor Paz Estenssoro, en agosto de 1985. A las pocas semanas de su posesión, lanzó el D.S. 21060 y la Nueva Política Económica, acompañados de un programa de estabilización y un conjunto de reformas estructurales.

la Federación de Juntas Vecinales, pero siempre manteniendo una estructura coherente que les dio unidad de acción dentro de la heterogeneidad de su composición (Torres-Goitia, 1997: 8-10).

Durante el ciclo neoliberal (1985-2005), cuando se aplicaron las reformas económicas de ajuste estructural de primera y segunda generación, hubo un acompañamiento de reformas sociales que después continuarían durante los gobiernos del MAS, como el Bonosol hoy llamado Renta Dignidad para adultos mayores y programas de salud materna-infantil.⁷ La idea del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo era mitigar o evitar conflictos sociales derivados de los ajustes estructurales, promoviendo el proceso de Reforma del Sistema de Salud Sectorial (Tejerina Silva *et al.*, 2011: 4). Dentro de un contexto de provisión primaria de salud, el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN), introducido en 1996, fue el primer esquema de seguro público de salud de América Latina.⁸ Este fue reemplazado por el Seguro Básico Salud (SBS) en 1998, el cual fue implementado en todos los municipios del país, con el apoyo del Banco Mundial y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Entre 1998 y 2003, el porcentaje de madres que utilizaban los servicios de salud a través del seguro público creció de 3,6% a 53,4%. Posteriormente, en 2003, se comenzó a implementar el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), introducido con el apoyo del Banco Mundial y vigente hasta hoy. Este añadió la cobertura de la atención terciaria al seguro, en cuanto a lo que se refiere al apoyo para el embarazo y la salud de menores de cinco

7 Los programas de salud materna e infantil se reenfocaron en la atención primaria de la salud en la década de 1990, expandiendo el sistema de salud pública en las zonas rurales y periurbanas con (i) la construcción de más de 300 centros de en un período de diez años, y (ii) la priorización de intervenciones programáticas clave, con campañas de vacunación, programas en relación a enfermedades de la infancia, y planificación familiar. Desde 1996, Bolivia proporciona servicios de salud materna e infantil gratuitos a comunidades marginadas a través de tres programas de seguro destinados a reducir las barreras económicas para los servicios de salud. El uso del financiamiento basado en resultados, realizando reembolsos a proveedores con la utilización autónoma de los recursos y el acceso gratuito a las instalaciones de salud, fue el objetivo central de estos programas (Banco Mundial, 2015: 3).

8 El SNMN proporcionaba la cobertura de 32 intervenciones básicas que incluían: (a) obstétrica de emergencia prenatal y neonatal; y (b) el tratamiento de la diarrea, la neumonía y las infecciones respiratorias en niños.

años. Para el año 2004, el SUMI había alcanzado al 74% de su población objetivo (Banco Mundial, 2015: 2-3).⁹

La operatividad de estos programas fue posible gracias a la descentralización municipal establecida con la Ley de Participación Popular (LPP). El aspecto novedoso de esta fue que por primera vez los municipios tuvieron recursos y competencias para hacerse cargo de la salud dentro de sus jurisdicciones político-administrativas, lo cual implicó la expansión de la participación indígena y campesina de áreas rurales en la toma de decisiones y la administración de recursos para salud y educación (Medeiros, 2001). Asimismo, la gestión de los recursos humanos en salud pasó a ser responsabilidad de las administraciones autónomas municipales (Banco Mundial, 2015: 2).

Dentro del marco de la LPP, a través de las llamadas organizaciones territoriales de base (OTB) y los Comités de Vigilancia, se creó el programa de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.¹⁰ Siguiendo esta línea, a partir del 2000, a través del programa ‘Municipio y Salud’, se implementó en los municipios el ‘Directorio Local de Salud’ (DILOS), aún vigente, con el fin de empoderar a las comunidades dentro de sus jurisdicciones municipales, para mejorar la eficiencia y la productividad del personal médico y la distribución de recursos para la salud. Siguiendo esta línea, se creó el Sistema Nacional de Planificación (SISPLAN) dentro del cual se creó el Programa Anual de Salud (PAS), con el fin de planificar anualmente sus objetivos tanto en el área educativa como en la infraestructura sanitaria del municipio (Dorakis, 2014). Todos estos cambios en la gobernanza de Bolivia ocurridos entre 1997-2003 incrementaron la rendición de cuentas, con el uso de acuerdos de desempeño (compromiso de gestión) entre la autoridad

9 En 2006, el programa se amplió para cubrir 27 servicios de salud reproductiva adicionales, incluyendo la planificación familiar y la detección y prevención del cáncer cervical para mujeres de hasta 60 años de edad (Banco Mundial, 2015: 2).

10 Las OTB pueden ser *ayllus*, *tentas*, federaciones de campesinos locales u organizaciones sociopolíticas tradicionales a nivel comunal. Funcionaban como representantes de sus comunidades, frente a la administración del municipio, participando en los planes de desarrollo municipales (PDM). Las OTB posteriormente se convirtieron en distritos municipales. Estas bases de ordenamiento territorial fueron después absorbidas y aprovechadas por los nuevos sistemas de salud.

nacional y las autoridades subnacionales para el logro de resultados (Banco Mundial, 2015: 2).

En cuanto a otros programas interculturales de salud, aparte de ser ejecutados por el ministerio del rubro, estos se implementaron en los ex viceministerios de Participación Popular y Asuntos Indígenas y Pueblos Originarios (VAIPO), con el apoyo técnico y financiero de la cooperación internacional. Otra iniciativa importante fue el Seguro de Salud Indígena, creado por la Resolución Ministerial de Salud 26350 de 2001. El programa buscó mejorar el acceso de poblaciones indígenas a los servicios en el marco del SBS. Incluía una oferta adicional de diez servicios de salud materna e infantil que tomaba en cuenta tradiciones indígenas, como el ‘rescate del alma’ por un médico tradicional o la devolución de la placenta (Banco Mundial, 2015: 2).

Es notorio que junto a las reformas estructurales neoliberales y multiculturales en el ámbito social, que fue el contexto de la implementación de los programas descritos con un enfoque intercultural, se sentaron las bases para posteriormente implementar las reformas también llamadas ‘interculturales’ por los gobiernos de Morales Ayma, introduciendo conceptos como la ‘descolonización’, solo que con el mismo enfoque de atención primaria de salud a través de la salud materna-infantil, apoyada por el Banco Mundial desde fines de los años noventa (Banco Mundial, 2018). Otro ejemplo de este tipo de iniciativas y que después fueron continuadas por los gobiernos del MAS con algunos ajustes (como se explica más adelante), fue la ‘Expansión de la Cobertura Extensa’ (EXTENSA), que fue lanzada en 2002, también con el apoyo de la organización multilateral mencionada. El programa estuvo dirigido a ampliar la cobertura de servicios esenciales de salud en zonas rurales y remotas, a través de brigadas móviles de salud. Un centenar de brigadas móviles de salud (BRISAS) ayudaron a reducir la barrera geográfica de acceso a los servicios para comunidades indígenas dispersas a lo largo de la Amazonía y en los Andes. Para el año 2007, EXTENSA proporcionaba servicios a más de 300 mil personas en estas áreas (Banco Mundial, 2015: 2). El Ministerio de Salud se hizo cargo de estas iniciativas, con recursos del Programa de Alivio de la Deuda Externa (HPIC).

A pesar de sus limitaciones y las dificultades para su implementación debido a la inestabilidad política y económica del país durante el período neoliberal, algunas de las políticas sociales como el SUMI,¹¹ el Bono Sol y la estructura de descentralización municipal, así como el programa BRISAS, fueron una base lo suficientemente sólida para la implementación de los programas de salud del MAS en áreas rurales. No obstante, el MAS en el 2006 heredó un sistema con los indicadores de salud más bajos de América Latina, que sin embargo habían comenzado a mejorar desde el período neoliberal.¹²

El sistema de salud actual implementado por los gobiernos del Movimiento al Socialismo

El sistema de salud en Bolivia, hoy, está compuesto por tres subsistemas principales: sector público, seguridad social y sector privado (incluyendo organizaciones de la sociedad civil e iglesias que ofrecen servicios de salud). El sistema de salud pública se financia mediante impuestos generales. Bajo el régimen descentralizado municipal los Gobiernos locales administran sus propios recursos, que consisten principalmente en fondos de coparticipación tributaria nacional. En total, el sistema de prestación de servicios públicos tiene cerca de tres mil establecimientos de salud que representan el 83% de todos esos establecimientos. Según el Banco Mundial, en 2011 los servicios prestados en las instalaciones de salud pública representaron el 74% de todo el uso de los servicios de salud (Banco Mundial, 2018: 1).

El Ministerio de Salud atiende a menos de la mitad de la población a través del subsector público, que incluye al Seguro Universal Materno

-
- 11 Introducido también con el apoyo del Banco Mundial en 2003, el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) añadió la cobertura de la atención terciaria al seguro, en la atención relacionada con el embarazo y la salud de menores de cinco años. Para el año 2004, el SUMI había alcanzado al 74% de su población objetivo (Banco Mundial, 2015: 2).
- 12 Según la OPS, en el 2004 más del 70% de la población boliviana estuvo excluida de alguna manera del acceso a la salud. Bolivia además obtuvo el puntaje más bajo de América Latina en salud e indicadores de equidad (OPS, 2009, en Banco Mundial, 2015: 3).
-

Infantil y el Programa de Extensión de Cobertura a Áreas Rurales. El subsector de seguridad social está compuesto por el Seguro Social Obligatorio para las personas pertenecientes al sector de economía formal, de corto plazo (servicios de salud), y el seguro de largo plazo (que tiene a su cargo las Administradoras de los Fondos de Pensiones). Este cubre a 28,4% de la población y opera con planes y agentes gestores relativamente independientes entre sí. El sector privado ofrece servicios para 10% de la población y funciona fundamentalmente sobre la base de pagos directos de bolsillo. El sector privado se divide en organizaciones con fines de lucro (seguros y servicios privados, consultorios, clínicas) y organizaciones sin fines de lucro (Organizaciones No Gubernamentales (ONG) e iglesias) (Ledo y Soria, 2011: 110).

Durante los últimos periodos de los gobiernos del MAS, el Ministerio de Salud tenía tres viceministerios, el Viceministerio de Salud, que se encarga principalmente del núcleo de salud pública y los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) de cada departamento, además de estadísticas, inmunizaciones, nutrición (por ejemplo con Plan de Desnutrición Cero). También tiene bajo su competencia enfermedades infecciosas y enfermedades de tipo materno-infantil, entre otras. Los otros viceministerios son el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad y el Viceministerio de Deportes (Banco Mundial, 2018).

La red pública de establecimientos de salud es administrada principalmente por Gobiernos subnacionales (municipales y departamentales) y financiada por fondos generales de todos los niveles gubernamentales, así como por los ingresos generados por la provisión de servicios. El Gobierno central paga los salarios del personal de salud designado y mantiene su función de administración y política y regulación. Los Gobiernos departamentales, a través de los SEDES, tienen la responsabilidad de asignar recursos humanos entre las instalaciones y de pagar los costos de operación de los hospitales públicos generales. En cuanto a los Gobiernos municipales, estos cubren el costo de los hospitales públicos básicos y centros de salud en sus territorios. Los proveedores de salud se pagan mediante asignaciones presupuestarias regulares (Ledo y Soria, 2011: 114).

Esta descripción básica sobre la estructura del sistema de salud boliviano fue implementada durante los gobiernos del MAS en el *Plan Nacional de*

*Desarrollo: Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien 2006-2010*¹³ (PND, 2006-2010). Como se detalla más adelante, este plan a la vez está enmarcado dentro de las políticas regionales que surgieron con los países de la Alianza Bolivariana de las Américas (ALBA),¹⁴ en relación a la salud, como resultado de negociaciones entre Evo Morales Ayma y la República de Cuba, en 2005 (Artaraz, 2011). El plan constituyó, de acuerdo a sus autores,

[...] la base del inicio del desmontaje del colonialismo y del neoliberalismo en el país. Constituye, asimismo, el resultado de las demandas seculares y actuales del pueblo para construir un Estado pluricultural y comunitario, que permita el empoderamiento de los movimientos sociales y pueblos indígenas emergentes. Su principal aspiración es que las bolivianas y bolivianos vivamos bien (Gaceta Oficial de Bolivia, 2006: vii).

En el contenido además se destaca “un ciclo económico mundial favorable debido al aumento de los precios internacionales de las materias primas relacionados con los sectores de hidrocarburos, minería y agropecuario”. Se convoca a que “el excedente económico se traduzca en inversión social y productiva [y] contribuya a construir y a consolidar una Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática, como es la finalidad del Plan Nacional de Desarrollo para que las bolivianas y bolivianos vivamos bien”. Como concepto del “Vivir Bien”, se explica que es una concepción

[...] ‘propia de las culturas originarias e indígenas de Bolivia’; pero ‘se postula una visión cosmocéntrica que supera los contenidos etnocéntricos tradicionales

13 El Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien: Lineamientos Estratégicos, 2006-2011” fue aprobado mediante Decreto Supremo N° 29272, de fecha 12 de septiembre de 2007.

14 En el caso de los países pertenecientes al ALBA durante la década pasada, Cuba contribuyó con Venezuela, Nicaragua, Ecuador y Bolivia de una forma que va más allá de ‘simples relaciones bilaterales entre estados’. El modelo ALBA de intercambios solidarios se basa en un efecto ‘nevada’ dentro de dichas relaciones. Es por esta razón que asesores venezolanos cooperaron con asesores cubanos en su momento. Sobre esta base se asumió que el asesoramiento venezolano podría contribuir a otros proyectos sociales dentro de los países del ALBA (Ávila, 2009, en Artaraz, 2011: 93).

del desarrollo'. Con este fin, se plantea a la 'interculturalidad'¹⁵ como otro eje sustancial en la política de desarrollo, junto con la 'descolonización' (Gaceta Oficial de Bolivia, 2006: vii-viii).¹⁶

¿Cómo se tradujeron y se instrumentalizaron estos conceptos abstractos, como "*Vivir Bien*", en las políticas de salud de los gobiernos del MAS? Esta pregunta es especialmente relevante quince años después del comienzo de la implementación de estas políticas, puesto que hasta el día de hoy nunca se logró llegar a un consenso ni en las ciencias sociales ni dentro del mismo Gobierno, sobre lo que significa el "*Vivir Bien*". La elasticidad y porosidad característica del concepto y sus diferentes interpretaciones resultaron en evidentes y conocidas rupturas entre los mismos ideólogos del MAS (estudiadas al inicio del proceso por autores como Johnson, 2010), además de visiones contradictorias dentro de los ejecutores del nuevo sistema de salud implementado a partir de 2006, tal como se explica más adelante.¹⁷

Con el fin de justificar un supuesto corte radical entre lo que fueron las políticas de desarrollo anteriores a los gobiernos del MAS, dentro del espíritu del funcionamiento de la Asamblea Constituyente, a partir del 2006, el Plan de Desarrollo 2006-2010 partió desde la siguiente premisa con referencia al período neoliberal:

-
- 15 El Plan de Desarrollo mencionado define a la interculturalidad como 'la relación entre varias culturas dentro de un mismo territorio como interacción, intercambio y comunicación cultural, y también como reconocimiento, aceptación y reciprocidad con el otro. La interculturalidad es el motor del desarrollo porque permite que las culturas interactúen, compartan valores, se complementen y se reconozcan promoviendo relaciones igualitarias entre los seres humanos y los pueblos. La interculturalidad es una construcción opuesta al etnocentrismo' (Gaceta Oficial de Bolivia, 2006: 13).
 - 16 'En lo político la descolonización implica aceptar las prácticas políticas de poblaciones sometidas y excluidos, mientras que en lo económico reconoce las economías de los pueblos agrarios y nómadas junto a las comunidades urbanas. En el Estado descolonizado se superponen las raíces culturales regionales andinas, amazónicas, chaqueñas, chiquitanas y otras junto a las expresiones culturales occidentales insertas desde la colonia o recientemente instaladas. Descolonizar el Estado significa reconocernos como somos, diversos y múltiples, en un largo proceso que parte de la subjetividad social hasta llegar a una conciencia colectiva de una nueva identidad nacional' (Gaceta Oficial de Bolivia, 2006: 15).
 - 17 Para una genealogía y deconstrucción sobre el Vivir Bien con todas sus vertientes, ver Hidalgo Capitán y Cubillo-Guevara, 2017.

[...] el Sistema Nacional de Salud ejerció represión y desprecio al saber ancestral y a los usos y costumbres tradicionales, situaciones que están entre las causas de la exclusión y marginación en la atención en salud. Los intentos de recuperación sociocultural fueron insuficientes ya que nunca antes se asumió la cosmovisión sanitaria de los pueblos indígenas y originarios de las diferentes regiones (Gaceta Oficial, 2006: 43).

Dentro de este contexto, se planteó primero en el Plan de Desarrollo 2006-2010 una vía hacia la salud universal gratuita para todos los bolivianos a través del Seguro Universal de Salud (SUS), primero a través del Sistema de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI). Llama la atención que, lejos de ser una ruptura con el modelo anterior, el nuevo sistema se sustentó sobre la base de varios elementos de la estructura anterior.

Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI): el programa de más larga aplicación de los gobiernos del MAS y el eje de su orientación política e ideológica

A diferencia del SUS¹⁸ que estuvo planteado desde el inicio del primer gobierno del MAS –pero cuyo inicio de aplicación recién se llevó a cabo apenas algunos meses antes de las elecciones nacionales de 2019–, el SAFCI como paso previo a la implementación del SUS constituye la piedra angular del sistema de salud de los cuatro gobiernos del MAS, adoptado formalmente por el Decreto Supremo 29601, en 2008. La política se sustenta bajo cuatro principios rectores: participación social, cooperación intersectorial (entre sectores como educación, vivienda, agricultura y justicia), interculturalidad y la idea de que la salud es parte integral de todos los demás aspectos de la familia y la comunidad.

El objetivo principal del SAFCI es:

18 A partir de 2013, el Gobierno boliviano tomó medidas para garantizar la cobertura universal a través de un sistema nacional de pagos centralizado, comenzando con la unificación del SUMI y a través de la Ley 475 sobre la provisión de servicios integrales de salud, que entró en vigencia en marzo de 2014 (Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, 2013).

[...] contribuir en la eliminación de la exclusión social en salud, reivindicando, fortaleciendo y profundizando la participación y control social efectivo en la toma de decisiones sobre la gestión de la salud, aceptando, respetando, valorando y articulando la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos (MSD, 2013: 7).

Esto último para cumplir el objetivo final de lograr una Bolivia ‘movilizada por el derecho a la salud y vida para vivir bien’. De acuerdo a los lineamientos del SAFCI, la promoción de la salud es un proceso político de desmovilización social, intersectorial, transformador de determinantes de la salud, realizado en corresponsabilidad entre la población organizada, autoridades, el sector salud y otros sectores para “Vivir Bien” (MSD, 2013).

El punto anterior, entre varios, refleja claramente un discurso ideológico explícito, donde la intención es de alguna manera reordenar la sociedad en función al supuesto objetivo común compartido por los miembros de esta, para una supuesta transformación del sistema de salud hacia una concepción culturalista y a la vez enmarcado en el Socialismo del Siglo XXI. No obstante, la aplicación del nuevo modelo demostró haber heredado las bases del anterior sistema en cuanto a lo que se refiere la descentralización municipal, además de programas con la cooperación internacional como la del Banco Mundial para apoyar la reducción de la mortalidad materna-infantil (Banco Mundial, 2018), que se inició antes del comienzo del ciclo masista, tal como se infirió páginas atrás.

Siguiendo esta línea, en cuanto a los precedentes históricos de enfoque del SAFCI, estos se pueden encontrar principalmente en la Declaración de Alma-Ata sobre atención primaria de salud, promulgada por la OMS y UNICEF en 1978.¹⁹ Según el antropólogo médico Brian Johnson, quien realizó un estudio sobre el SAFCI correspondiente a su primera etapa de ejecución, antes de los 14 años de gobiernos del MAS, organizaciones no gubernamentales (ONG) intentaron implementar periódicamente algo

19 La declaración sostiene que las comunidades tienen derecho a participar en la planificación e implementación de su atención médica, que todos los sectores sociales deben participar igualmente en la promoción de la salud y que la medicina tradicional debe incorporarse en pie de igualdad en los sistemas biomédicos (Johnson, 2010: 147).

parecido a lo que se plantea en el SAFCI, a través de sistemas de atención primaria de salud.

Lo que el gobierno del MAS planteó desde el 2006 tuvo la misma orientación que las iniciativas de ONG. Se reinterpretaron las ideas de atención primaria de salud y participación comunitaria previa, con dos elementos o consideraciones adicionales: el primero es la interculturalidad, tanto en su teoría y formas aplicadas en el enfoque de descolonización de acuerdo al Plan de Desarrollo 2006-2010, y el segundo, la voluntad política. El primer punto según Johnson careció de claridad conceptual y teórica al intentar aplicar los conceptos mencionados, y el segundo cayó en una serie de contradicciones de visiones políticas sobre la salud (Johnson, 2010: 147).

Dos programas centrales constituyen el SAFCI. El primero es el de formación de equipos móviles (Equipos Móviles SAFCI) dentro de los municipios, conformados por un médico, una enfermera auxiliar, un dentista, un sociólogo o trabajador social y un chofer. Se trata de versiones mejoradas del programa BRISAS, con la diferencia de que los equipos que se conformaron a partir de 2006 incluyen a un sociólogo o trabajador social, que cumple el rol de intermediario entre las comunidades rurales y los médicos urbanos, o los médicos originarios y los equipos de salud (Johnson, 2010: 147). Además, forman parte de la línea de iniciativas cubanas para lograr el acceso de salud en áreas rurales (Artaraz, 2011), expuestas más adelante.

El segundo programa importante dentro del sistema es la Residencia Médica SAFCI. Para el 2009 este ya tenía 220 residentes en proceso de capacitación o en el campo. La residencia implica un compromiso de tres años para trabajar en postas rurales bajo la supervisión de hospitales regionales de segundo nivel. Aparte del *currículum* médico que se imparte con enfoque en salud de familia y comunitaria, la residencia incluye entrenamiento en técnicas etnográficas, historia y culturas indígenas, como conocedoras de la medicina tradicional. Mediante un diploma de postgrado, este programa tiene la intención de cambiar la mirada y el comportamiento del 'típico' médico boliviano (Johnson, 2010: 148). Dentro del contexto de los lineamientos del gobierno del MAS, los contenidos pedagógicos de esta especialidad, donde un médico puede ser reconocido como 'médico SAFCI', creó un fuerte rechazo de los médicos.

A pesar de que la pugna entre el sector salud y los gobiernos del MAS fue más notoria a partir de 2017, ya desde el 2006 el Colegio Médico de Bolivia se pronunció en contra de la propuesta para el sector salud. Como medida preventiva, para supuestamente no perder espacios laborales, el gremio boliviano exigió a los médicos cubanos que se registraran en su colegio profesional, antes de poder ejercer en Bolivia. Esta medida era para proteger plazas disponibles por año para el ejercicio médico en el sistema público. Para levantar esta restricción, el Gobierno reaccionó creando una entidad paralela (tal como lo hizo con organizaciones indígenas y sindicales), lo cual implicó un control estatal férreo para obtener plazas para ejercer especialidades, puesto que el acceso estaba controlado por la asociación médica paraestatal.

Según seis informantes profesionales de la salud, quienes prefieren mantener el anonimato, todos los médicos que se especializan o realizan una maestría en algún tema médico dentro del marco de las políticas del SAFCI están además obligados a hacer dos años de trabajo rural después de terminar su especialidad. Esto último perjudica el entrenamiento y perfeccionamiento de los especialistas en sus respectivos campos, ya que les impide trabajar dentro de sus especialidades en hospitales de tercer nivel o en clínicas privadas. Este es además uno de los temas que ha provocado los choques que surgieron entre los gremios médicos no afiliados al Estado y los gobiernos del MAS. Estos se agudizaron el 2017, cuando además la Asamblea Legislativa, con una mayoría oficialista, aprobó un código penal que después tuvo que ser derogado como consecuencia de las presiones de las movilizaciones de los médicos. Estos argumentaban que la negligencia médica no debía ser juzgada por jueces ordinarios y vinculados al partido gobernante, sino por peritos especiales entendidos en salud.

Otro asunto relevante en relación a la implementación del SAFCI se trata de los conflictos que surgieron a raíz de visiones políticas diferentes dentro de los mismos gobiernos masistas con respecto a este. Uno de estos se trata de la presencia de los médicos cubanos y su mirada desconfiada a los programas de interculturalidad que intentaban, al menos en teoría, rescatar la medicina indígena tradicional. Esto creó roces dentro del mismo Ministerio de Salud, donde las visiones diferentes entre aquellos que apoyaron

un enfoque intercultural, en contraposición al que se basaba en la medicina occidental, fueron el punto de discordia tanto fuera como dentro del ministerio. Incluso hubo controversias entre aquellos que apoyaban el modelo cubano sin elementos de interculturalidad, y entre otros funcionarios que impulsaron proyectos que se concentraron en la medicina natural, que al menos durante el primer gobierno del MAS no lograron implementarse (Johnson, 2010).

La llamada Colaboración Médica Cuba, iniciativa tanto cubana como venezolana,²⁰ fue implementada el 2008 accediendo a áreas remotas del país, con el fin de proveer servicios médicos gratuitos, dentro del marco ‘colaboración Sur-Sur’ de solidaridad desde los Estados entre los países de la iniciativa ALBA. Hay antecedentes en Bolivia de colaboración médica cubana desde 1987, a través de un acuerdo entre la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA) y el Instituto Superior de Ciencias Médicas en La Habana (Artaraz, 2011: 96). Según datos del gobierno en ejercicio aquel entonces, la exitosa iniciativa cubana “Operación Milagro” proporcionó cirugía ocular gratuita, la cual hasta 2009 benefició a más de 441 mil personas. El programa también cumplió con los objetivos del plan de solidaridad y cooperación internacional, distribuyendo más de mil ambulancias nuevas entre 2006 y 2009. Además, el programa Desnutrición Cero se llevó a cabo en todas las ciudades priorizadas (Presidencia de la República de Bolivia, 2009b: 97-99, en Mendonça Cunha Filho y Santaella Gonçalves, 2010: 198). Cuba otorgó a Bolivia cinco mil becas para formar médicos y especialistas. El 2006, había 500 bolivianos estudiando en la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) de La Habana y otros dos mil habían iniciado el curso preparatorio (Feinsilver, 2008: 215).

Surgieron varios problemas al inicio de la llegada de las brigadas cubanas entre el gremio médico boliviano, aunque no tanto entre la población,

20 La diplomacia médica es uno de los ejes de la política exterior de Cuba. En 2008, más de 30 mil médicos y otros profesionales de la salud cubanos colaboraban en setenta países de todo el mundo. La estrategia, sustentada en los éxitos del sistema de salud construido luego del triunfo de la revolución, le ha permitido a Cuba ganar prestigio internacional y capital político, reflejado por ejemplo en las votaciones contra el bloqueo en la Asamblea General de las Naciones Unidas (Feinsilver, 2008).

especialmente gracias a la campaña oftalmológica y a otra de alfabetización para adultos. Para los médicos, la presencia cubana no era políticamente ‘inocente’, se sintieron arrinconados como grupo profesional en relación a su competencia para participar en decisiones referentes a la salud pública. Médicos que eran generalmente colocados para rotaciones de dos años en regiones remotas o barrios urbanos con índices de alta pobreza recibían sus salarios del Gobierno venezolano bajo el marco de la cooperación de la ALBA. Esto ganó la indignación del Colegio Médico de Bolivia, el cual terminó siendo uno de los sectores de oposición más recalcitrante de las organizaciones de la sociedad civil, durante los catorce años que duró el ciclo masista.²¹

Por un lado, los sindicatos médicos acusaban que había personal cubano no calificado ganando jugosos sueldos y, por otro, se denunciaba intromisión política extranjera en asuntos internos, lo cual creó un grave malestar dentro del campo de la salud. Hubo además quejas de que los servicios del personal médico en áreas rurales se implementaron sin claridad en relación a la coordinación de dichos servicios con la infraestructura pública y las autoridades, lo cual probablemente implicó fragmentar más el sistema de salud. Otro problema no menos delicado fue que los cubanos brindaban atención médica gratuita, y el desempleo de médicos fue desde aquel entonces hasta hoy muy alto (Johnson, 2010: 149).

De acuerdo a un estudio realizado el 2011, por un equipo multidisciplinario de investigadores bolivianos y extranjeros, para aquel entonces el modelo del SAFCI como sistema de salud pública boliviano, aún enfocaba sus servicios como se hacía antes del gobierno del MAS: en servicios públicos de prevención, control de enfermedades y programas objetivo. Simultáneamente, el cuidado curativo individual seguía (y sigue) relegado al sector privado, con las consecuencias comunes de la segmentación del sistema, catastróficos gastos fuera del alcance de los bolsillos y baja calidad de servicios en hospitales públicos y centros de salud. Los investigadores

21 Una de las consecuencias de esta oposición fue la creación de uno de los sindicatos paralelos llamados Confederación Médica de Bolivia a fines de 2017 por ‘médicos de base’ afines al Gobierno, tal como ocurrió con la mayoría de las organizaciones sociales que se opusieron al gobierno del MAS.

advirtieron que para lograr implementar un servicio universal de salud es fundamental antes cumplir con el servicio primario de salud (Tejerina Silva *et al.*, 2011: 38).

El impacto del proceso de politización de la salud en la crisis actual de la pandemia del COVID-19

La politización en los sistemas de salud es un fenómeno constante con trayectorias históricas de corto y largo alcance que ocurren no solamente en Bolivia o en países del llamado ‘sur global’, sino en todo el mundo. De hecho es la misma OMS, dentro de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, que reconoció que las desigualdades dentro de la salud son resultado de una ‘combinación tóxica de políticas sociales pobres, con acuerdos económicos injustos y mala política’ (OMS, 2008, en Gore y Parker, 2019: 482). Siguiendo la línea de esta afirmación, vale la pena volver a las preguntas iniciales de este artículo, con respecto a la crisis del COVID-19 que estamos viviendo: ¿Cuáles son las razones por las cuales Bolivia demuestra tener un sistema de salud tan paupérrimo, a pesar de la supuesta bonanza económica en el país que hubo durante años recientes? ¿Cuáles son las raíces del problema? ¿En qué influye y han influido la política y sus vaivenes a lo largo de la historia en la situación tan precaria de servicios médicos en el país? Estas preguntas en vez de ser respondidas condujeron a otras más de tipo teórico: ¿Es relevante la política en la salud pública? ¿Es buena la democracia para la salud? Dichas interrogantes merecen profundos y detallados estudios. Aquí solamente se plantean las líneas de investigación para encontrar las respuestas.

Después de haber buscado algunos de los indicios de la raíz del problema actual de salud, lo primero que llama la atención es que la sensación de carencia de protección médica que sentían los paceños a comienzos del siglo XX al parecer no ha cambiado: el Hospital General sigue siendo uno de los principales y pocos equipados centros de salud de tercer nivel en la ciudad. Asimismo, como fue hace cien años durante las epidemias, todos sabemos que ante la posibilidad de un contagio de COVID-19 quizás es mejor

quedarnos en nuestras casas antes de arriesgarnos a morir de manera precaria e inhumana en un hospital, puesto que el sistema de salud nos ofrece muy poca seguridad para una posible recuperación y sí mucho para la muerte.

A pesar del oscuro panorama mencionado, al mirar hacia el pasado, también vale la pena considerar la evolución de los sistemas de salud desde los años cincuenta, con las cajas de salud, donde los empleados asalariados son atendidos hasta hoy. También se formaron gremios médicos, y gradualmente se ha ido construyendo infraestructura y capacitando recursos humanos, y mejorando los indicadores de la mortalidad materna-infantil, lo cual es un proceso que viene mejorando.

Con el espíritu de lograr aplicar el SUS, al parecer los gobiernos marxistas estaban dispuestos a dismantelar lo poco que se había logrado a lo largo de varias décadas, como son dichas cajas de salud. Los impactos de estas posibles medidas en lo económico y en lo social, considerando que el SUS forma parte de los enfoques del Socialismo del Siglo XXI, merecen ser analizadas por los respectivos especialistas, pero las formas y los contextos políticos poco democráticos en los cuales se plantearon estas medidas corresponden al campo de las ciencias políticas y sociales. Dentro de este contexto, es fundamental tomar en cuenta que la efectividad en su momento del sistema de salud cubano en parte fue resultado de un sistema poco democrático (en el contexto liberal del término). Esto conduce a pensar que en algunos casos, como el del país caribeño, sí puede existir un sistema de salud efectivo dentro de contextos poco democráticos, pero a expensas de libertades y ascensos de médicos debido a méritos políticos, más que por meritocracia. Muchos médicos prófugos del régimen castrista lo vienen denunciando por las redes sociales y por la prensa.

Es así que al igual que la pregunta en torno a la eficiencia o ineficiencia económica de un sistema de salud universal corresponde ser analizada por economistas, los costos políticos y sociales de un sistema de salud universal y gratuito, a costa de sumisión de la población a las directrices de un Estado autoritario y de injerencia política extranjera, son un área que debe ser analizada por las ciencias sociales; y ser una opción para el electorado, no un recurso de adoctrinamiento y de prebendas, tal como se ha planteado en los lineamientos de los planes de desarrollo nacionales, especialmente el PND

2010-2016, en base a premisas poco científicas y creíbles, implícitas en los discursos del “*Vivir Bien*” y en las políticas de desarrollo del anterior Gobierno.

En cuanto al SAFCI, la mirada retrospectiva propuesta en el presente artículo permite ver cómo esta política es la continuación de lo que la misma OMS planteó en la Declaración de Alma-Ata en 1978 (con respecto a la necesidad de que todos los países cuenten con atención primaria de salud), y por otro el resultado de la implementación de la descentralización municipal a través de la LPP. Estableció competencias en municipios para manejar la salud en el ámbito local, especialmente en municipios rurales con una población mayoritariamente indígena, donde el Estado prácticamente jamás había accedido hasta antes de la década de los noventa.

Además de la continuación de otras políticas planteadas antes de la llegada del poder al MAS, como las brigadas móviles para atención a los habitantes de áreas rurales remotas del país (también ejecutadas por ONG), los elementos supuestamente nuevos del SAFCI fueron la combinación de conceptos importados de las ciencias sociales como descolonización e interculturalidad por un lado y, por otro, el espíritu de la Alianza Bolivariana Sur Americana (Johnson, 2010). Los primeros han demostrado ser poco aplicables y sin sustento para plasmarse en políticas sociales coherentes y viables además de contribuir a la fragmentación del sistema de salud, y los segundos sufren el desprestigio de los políticos y exgobernantes poco demócratas y confiables del llamado Socialismo del Siglo XXI. Lo concreto en el contexto de la crisis del COVID-19 es que después de catorce años de la aplicación de las políticas de salud para “*Vivir Bien*”, Bolivia está entre uno de los países más (si no el más) vulnerables dentro de la región, y con índices de mortalidad que aumentan dramáticamente cada día.

No es parte del alcance del presente artículo reproducir las cifras que van cambiando día a día con respecto al desarrollo de la pandemia y las respuestas del gobierno actual. Lo que sí es necesario destacar en el contexto de esta crisis durante marzo de 2020, para tomarlo en cuenta en futuras investigaciones, es que la falta de transparencia y disponibilidad de recursos para investigar el sistema de salud boliviano es un indicador igual de grave sobre la situación de este, como es la falta de infraestructura y recursos humanos para sobrevivir la pandemia. Desenmascara un sistema totalmente

fragmentado y poco articulado entre los Gobiernos subnacionales, donde la injerencia de la política revela la incapacidad de coordinación entre estos, con consecuencias alarmantes en el contexto de la crisis del COVID-19.

El escenario de un sistema de salud politizado y fragmentado es, sin duda, una constante en la historia de Bolivia, pero ¿por qué después de haber atravesado el ciclo de mayor bonanza económica de la historia del país los bolivianos nos sentimos igual de desprotegidos que hace cien años, ante una pandemia?

Bibliografía

- Alvarez N., Franciso; Leys, Mart; Rivera Mérida, Hugo y Escalante Guzmán, Giovanni
2016 “Primary health care research in Bolivia: systematic review and analysis”. *Health Policy and Planning*. 31, 114-128. Disponible en: DOI: 10.1093/heapol/czv013.
- Artaraz, Kepa
2011 “New Latin American networks of solidarity? ALBA’s contribution to Bolivia’s National Development Plan (2006-10)”. *Global Social Policy*. 11 (1), 88-105.
- Banco Mundial
2018 “Reducing Maternal and Infant Mortality: A multi-project evaluation of 16 years of World Bank support to the health sector”. Independent Evaluation Group, Project Performance Assessment Report 126362. Washington, D.C.: Banco Mundial.
2015 *Informe de Conocimiento Práctica Global de Salud, Nutrición y Población No. 92272*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Dorakis Zilveti, Paula
2014 “Municipios y Salud”. *Municipalización: Diagnóstico de una Década*. 2, 363-402. La Paz: Plural editores.
- Feinsilver, Julie M.
2008 “Oil-for-Doctors: Cuban Medical Diplomacy Gets a Little Help From a Venezuelan Friend”. *Nueva Sociedad*. 216. Disponible

en: <https://nuso.org/articulo/la-diplomacia-medica-cubana-recibe-una-pequena-ayuda-de-sus-amigos/>.

Gaceta Oficial de Bolivia

2006 *Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia digna, soberana, productiva y democrática para Vivir Bien*. Estado Plurinacional de Bolivia.

Gore, Radhika y Parker, Richard

2019 “Analysing power and politics in health policies and systems”. *Global Public Health*. 14 (4), 481-488. Disponible en: DOI: 10.1080/17441692.2019.1575446.

Greer, Scott L.; Bekker, Marleen; De Leeuw, Evelyne; Wismar Matthias; Heldermaann, Jan-Kees Heldermaann; Ribeiro, Sophia y Stuckler, David

2017 “Policy, politics and public health”. *European Journal of Public Health*. 27 (suplemento 4), 40-43.

Hidalgo Capitán, Antonio y Cubillo-Guevara, Ana Patricia

2017 “Deconstrucción y genealogía del buen vivir latinoamericano. El (trino) buen vivir y sus diversos manantiales intelectuales”. *Alternative Pathways to Sustainable Development*. 9, 1-10. Disponible en: <https://journals.openedition.org/poldev/2517>

Johnson, Brian B.

2010 “Decolonization and Its Paradoxes The (Re)envisioning of Health Policy in Bolivia”. *Latin American Perspectives*. 37 (3), 139-159. Disponible en: DOI: 10.1177/0094582X10366535.

Ledo, Carmen y Soria René

2011 “Sistema de salud de Bolivia”. *Salud Publica Mex*. 53 (suplemento 2), 109-119.

Medeiros, Carmen

2001 “Civilizing the Popular? The Law of Popular Participation and the Design of a New Civil Society in 1990s Bolivia”. *Latin American Perspectives*. 21 (4), 401-425.

Mendonça Cunha Filho, Clayton y Santaella Gonçalves, Rodrigo

2010 “The National Development Plan as a Political Economic Strategy in Evo Morales’s Bolivia”. *Latin American Perspectives*. 37 (4), 177-196.

Ministerio de Salud de Bolivia

2015 *Sistematización de la implementación del programa Mi Salud en ámbito urbano y rural de Bolivia, y propuesta de articulación con el Programa Multisectorial Desnutrición Cero*. La Paz: Estado Plurinacional de Bolivia.

Ministerio de Salud y Deportes (MSD)

2013 *La política SAFCI, su estrategia de promoción de salud y prácticas alimentarias saludables*. La Paz.

Oliver, Thomas R.

2016 “Politics of Public Health Policy”. *Annu. Rev. Public Health*. 27, 195-233.

Pacino, Nicole

2019 “Bringing the Revolution to the Countryside: Rural Health Programmes as State-Building in Post-1952 Bolivia”. *Bulletin of Latin American Research*. 38 (1), 50-65.

Safaei, Jalil

2015 “Deliberative democracy in health care: current challenges and future prospects”. *Journal of Healthcare Leadership*. 7, 123-136.

2012 “Democracy, Human Rights and Women’s Health”. *Mens Sana Monogr.* 10, 134-142.

2006 “Do Politics Matter in Health Policy? Is Democracy Good for Health?”. *International Journal of Health Services*. 36 (4), 767-786.

Tejerina Silva, Herland; Werner, Soors; Lanza, Oscar V.; Closos, Marie Christine; Van Dessel, Patrick; Unger, Jean-Pierre

2011 “Revisiting health policy and the World Bank in Bolivia”. *Global Social Policy*. 11 (1), 22-44.

Torres-Goitia, Javier

1997 *Participación Popular en Salud*. La Paz. Disponible en: <https://observatoriocdbolivia.files.wordpress.com/2015/04/javier-torres-g.pdf>

Zulawski, Ann

2000 “Hygiene and ‘The Indian Problem’: Ethnicity and Medicine in Bolivia, 1910-1920”. *Latin American Research Review*. 35 (2), 107-129.