
Bolivia frente a la Covid-19. Entre la precariedad en salud y la gestión improvisada

Huáscar Salazar y Mónica Rocha

Bolivia frente a la Covid-19. Entre la precariedad en salud y la gestión improvisada

Huáscar Salazar y Mónica Rocha

*“... era sin duda un Estado incapaz
de su propio objeto”.*

René Zavaleta Mercado

En los últimos meses, la crisis sanitaria de la Covid-19 ha develado descarnadamente la compleja y difícil situación en la que se encuentra Bolivia. A medida que las curvas de la pandemia han comenzado a empujar su tendencia y adquirir una velocidad inusitada, el sentido común del país parece coincidir en algo: vivimos los tiempos del “sálvese quien pueda”.

En este contexto, todo queda expuesto con extraordinaria claridad, desde la dependencia económica del país, hasta las mentiras de los políticos. Pero, por el carácter de esta crisis, lo que directamente ha impactado en la conciencia de la realidad colectiva es que no solo el sistema de salud nacional está colapsando en términos de su capacidad de atención, sino que este ha demostrado que prácticamente no tiene capacidad de respuesta frente a una situación de esta naturaleza.

Portada: Un hombre adulto falleció en pleno centro de la ciudad. Como no se tenía certeza del motivo de su deceso, su cadáver fue trasladado con medidas de bioseguridad.

Cochabamba, Bolivia. 13 de junio, 2020.

Fotografía: David Flores.

Mónica Rocha Medina es psicóloga social comunitaria, investigadora en formación y activista feminista.

Correo: rocha.medinam@gmail.com

Huáscar Salazar Lohman es economista, trabaja temas relacionados con la producción de lo común.

Correo: huascar.salazar@gmail.com

En este país llega a pasar que, aunque los hospitales tengan camas vacías, la gente se muere afuera de ellos, sin atención alguna. Los titulares sobre personas que deambulan de hospital en hospital (privados y públicos) en busca de atención —y que han muerto en el camino— se van acumulando¹. La gente se enfrenta a la pandemia y a las cuarentenas sin recursos ni información, los hospitales no tienen insumos, los médicos no cuentan con capacitación ni indumentaria de bioseguridad, y no hay un plan para afrontar la pandemia.

Si algo tenemos claro la mayoría de habitantes de este país, es que la incertidumbre y el miedo que rodean a esta pandemia y a los largos confinamientos deberán enfrentarse con estrategias personales, familiares, barriales y/o comunitarias. Es poco lo que se puede esperar del Estado, que en los últimos años casi no ha priorizado en nada la salud, y que en estos días gestiona la crisis de manera improvisada, violenta e irresponsable.

Para comprender por qué Bolivia está enfrentando esta situación en condiciones tan adversas, es necesaria una mirada retrospectiva, que dé cuenta de la precariedad del sistema sanitario, el lugar marginal que ha

ocupado dentro de las prioridades del Estado en los últimos años y la manera en que excluye a la gran mayoría de bolivianos.

Pero también se debe mirar el corto plazo. Las medidas del gobierno actual para enfrentar la pandemia han sido la improvisación y la utilización de una estrategia bélica, en un clima de incertidumbre y desinformación. Situación que se enmarca en un delicado escenario de polarización, como consecuencia de la crisis política de octubre y noviembre del año pasado.

Un sistema de salud precario

Cuando Bolivia vio emerger por vez primera algo que se parecía a un sistema de salud, fue en la década de los años 30 del siglo pasado. Era un sistema de élite, excluyente de las grandes mayorías. Para los años 50, luego de la Revolución Nacional, se creó el Sistema de Seguridad Social para trabajadores formales, lo que significó dar cobertura al 13% de la población boliviana.

Para los años 80, la población asegurada había alcanzado poco más de un cuarto de toda la sociedad. Pero esos fueron los tiempos de la crisis hiperinflacionaria y la posterior implementación de las primeras políticas neoliberales. Según el investigador Gregorio Mendizabal, las políticas de *shock* conllevaron una drástica reducción de la población beneficiaria del Sistema de Seguridad Social, de casi 10 puntos porcentuales.

La segunda generación de las políticas neoliberales, en los años 90, descentralizaron el sistema sanitario, transfiriendo parte de la

¹ Son varios los fallecimientos por Covid-19 en las puertas de los hospitales o en las calles, mientras la gente deambulaba en búsqueda de auxilio médico. Estos son solo algunos ejemplos: <<https://www.lostiempos.com/actualidad/cochabamba/20200507/denuncian-muerte-sospechoso-covid-19-falta-atencion-viedma>>; <<https://www.lostiempos.com/actualidad/cochabamba/20200615/peregrino-7-hospitales-murio-calle-rechazaron-3-cementerios>>; <<https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/6/15/colapso-tres-personas-murieron-ayer-en-la-calle-cami-no-al-hospital-en-cochabamba-258412.html>>.

responsabilidad de la atención en salud a los municipios. En esta etapa se crearon diversos programas para la atención de enfermedades de mayor prevalencia, como dengue, chagas, cólera, entre otras. Asimismo, se implementó el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), como medida focalizada para reducir las elevadas tasas de mortalidad en estas dimensiones, que tuvo fuerte respaldo de la cooperación internacional.

Sin embargo, las políticas neoliberales no se inclinaron a consolidar un sistema de salud incluyente. Para 2006, como señalan los investigadores Ledo y Soria, solo el 66% de los partos era atendido por personal de salud, lo que demostraba las diferencias en el acceso a este tipo de servicios sanitarios. En cuanto al Sistema de Seguridad Social —seguro de salud para trabajadores del sector formal—, para el año 2002 un poco más de la cuarta parte de la población (27,23%) tenía acceso a este beneficio.

Al modelo neoliberal de salud le siguió el actual. Este tiene su antesala en las primeras medidas del Gobierno del Movimiento Al Socialismo (MAS), cuya política en salud entró en vigencia en 2008, a través del Modelo de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI). Este se caracteriza por un discurso de avanzada con enfoque integral y de promoción de la participación comunitaria que, sin embargo, como lo señala el Centro de Estudios para el Desarrollo Laboral y Agrario (CEDLA, 2018), paradójicamente, reproduce experiencias “coloniales y neoliberales”. Prueba de ello es que buena parte de los servicios ofrecidos por este modelo de salud, además de ser de mala calidad, deben

pagarse como en tiempos neoliberales, lo que hace que los sectores de menores ingresos tengan dificultades para usarlos.

El año 2019, el Gobierno del MAS puso en funcionamiento el denominado Sistema Único de Salud (SUS). Si bien este está destinado a satisfacer el acceso básico a la salud para las personas sin seguro, la medida fue criticada por el contexto electoral en el que se implementó, sin una fuente de financiamiento viable y la sobrecarga de trabajo que implica para un personal sanitario ya precarizado. El sector médico expresó su rotundo rechazo a esta medida por no existir las condiciones para su implementación, como infraestructura, equipamiento y recursos humanos.

Con todo, es importante dimensionar la relevancia que adquirió la salud en el conjunto de las prioridades del Estado en los últimos años. Es decir, no solo importa comprender el tipo de programas que se implementaron, sino también el impulso material que estos tuvieron desde la política pública. Si bien el MAS se caracterizó por un discurso progresista, lo cierto es que las políticas públicas implementadas por este Gobierno se distanciaron de las palabras.

Bolivia tuvo un incremento absoluto en gasto en salud que pasó de \$420 millones de dólares en 2006 a \$1.875 millones de dólares en 2016. Esta subida se explica en el contexto de las elevadas tasas de crecimiento económico que existieron en la región en esos años².

2 Las cifras absolutas fueron extraídas de UDAPE en pesos bolivianos y convertidas a dólares americanos (\$), con base en los tipos de cambio vigentes en cada año.

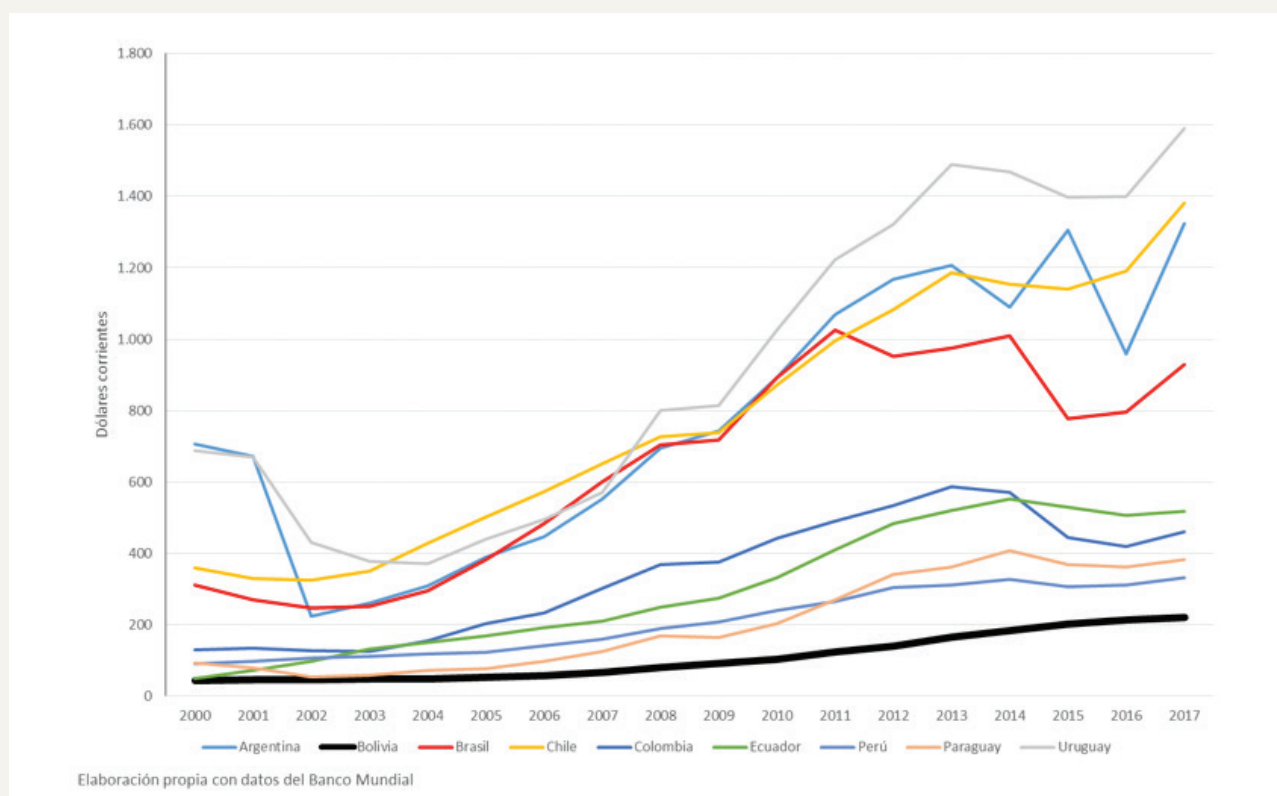
Es por esto que, en términos relativos al producto interno bruto (PIB) —que también creció significativamente—, el gasto en salud pasó de representar el 4,8% en 2006 al 6,8% para 2016 —un incremento del 2%—, muy similar al aumento relativo en salud de países como Chile, Ecuador y Paraguay, que rondaron el 2,5% para los mismos años, según datos del Banco Mundial.

Pero este incremento, por sí solo, no dice mucho si es que no se lo analiza en relación a la población y en comparación con otros países. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Bolivia es el país que tiene el menor gasto per cápita anual en América del Sur³. Si bien este gasto per cápita se incrementó

de \$57 dólares, en el año 2006, a \$220 dólares en el 2017, en el Gráfico 1 puede apreciarse que Bolivia no fue la excepción, sino que esta fue una tendencia generalizada en la región —de países con gobiernos progresistas y no progresistas—.

En todo caso, el incremento de este gasto en Bolivia fue uno de los más recatados (es una de las curvas con menor pendiente), lo que derivó en la ampliación de la brecha respecto al gasto per cápita en salud de los otros países. Si en 2006 Bolivia gastaba en salud, por persona, \$40 dólares menos que el país que le seguía (Colombia), en 2017 esta brecha aumentó a \$112 dólares respecto al siguiente país (Perú).

Gráfico 1: Gasto corriente en salud per cápita en países de América del Sur (dólares corrientes) 2000-2017



3 Para el análisis de los datos estadísticos de la región suramericana se ha excluido a Venezuela debido a que, en estos últimos años, la información de este país es poco precisa.

Es importante considerar, sin embargo, que un gasto en salud no necesariamente se traduce en un mejor sistema salud. Como se verá más adelante, durante los últimos años buena parte de este incremento del gasto ha significado el aumento de una masa de trabajadores precarizados, que actualmente son quienes enfrentan la crisis sanitaria en peores condiciones.

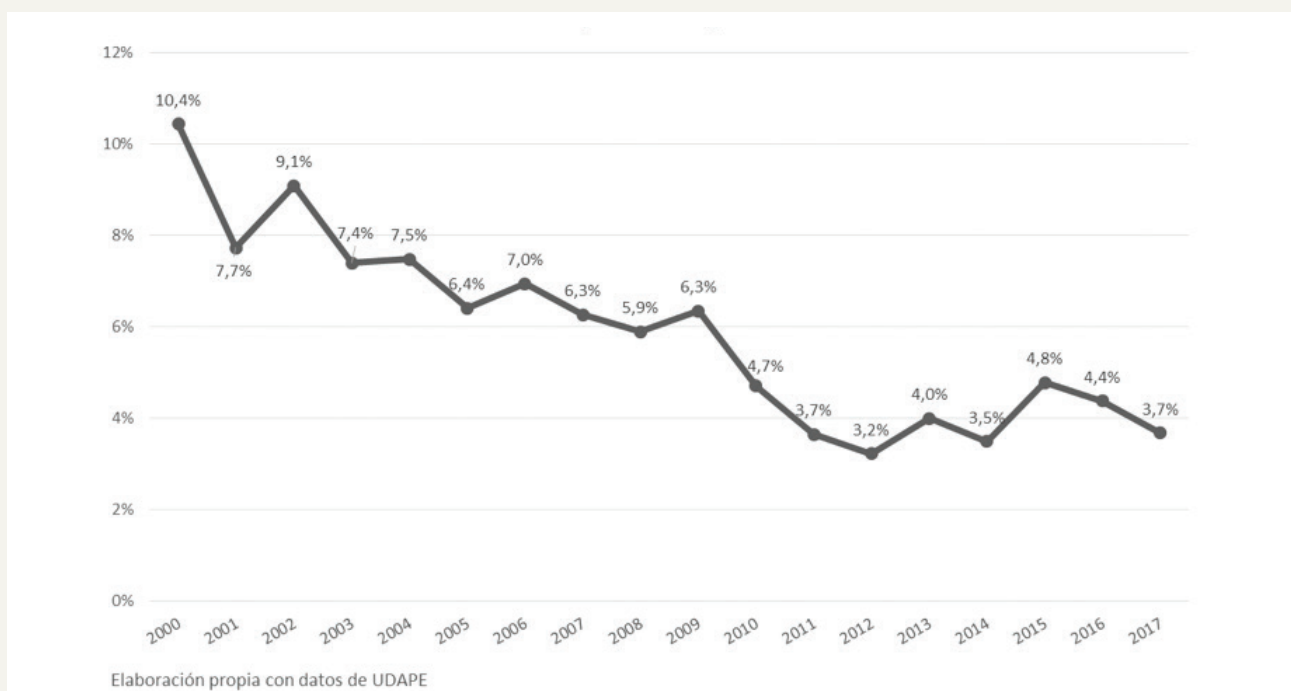
En contrapartida, la inversión en salud —aquella que tiende a mejorar las condiciones generales de bienestar tanto de lxs pacientes como de lxs trabajadorxs sanitarixs (infraestructura, capacidad instalada, equipo, formación, etc.)— fue un componente descuidado por el anterior Gobierno, que incluso recibió menos atención que en épocas neoliberales.

Ya desde el año 2010, el Gobierno de Evo Morales publicó, a través del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, la agenda de

proyectos de inversión (2010-2015), impulsada desde el Gobierno central. En esa agenda, la inversión destinada a proyectos de minería, hidrocarburos, energía eléctrica e infraestructura vial representaba un 81% de la inversión total. La inversión en salud, en cambio, representaba tan solo el 0,2%. Como dato irónico, en ese mismo presupuesto, el “Programa espacial” boliviano contaba con un fondo siete veces superior al de salud (1,4%).

Si se observa el conjunto de la inversión pública del país en las últimas dos décadas, inmediatamente salta a la vista la tendencia (Gráfico 2). Según datos de la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), si para el año 2000 en Bolivia el 10,4% de la inversión pública se destinó a la salud, para el año 2012 esta cifra cayó al 3,2%, y si bien para los siguientes años el porcentaje aumentó, este no llegó a superar el 5%.

Gráfico 2: Porcentaje de la inversión pública que se destina a salud en Bolivia (2000-2018)



Es llamativo que durante los años en que Bolivia accedió a mayores excedentes, como consecuencia de los elevados precios de las materias primas, se invirtió, en términos relativos, menos en salud, y se dio prioridad a la expansión de los sectores extractivistas y energéticos que están ligados a la renta estatal.

Las consecuencias de esta gestión pública y de la poca prioridad otorgada a la salud pueden ser dimensionadas a través de algunos indicadores. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), entre 2006 y 2018 el número de camas hospitalarias por 1.000 habitantes subió de 1,1 a 1,28. A nivel regional, según datos del Banco Mundial, Bolivia era el país que menos camas hospitalarias por número de habitantes tenía en 2014, por debajo de Perú, Ecuador y Colombia, que tenían alrededor de 1,5 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes.

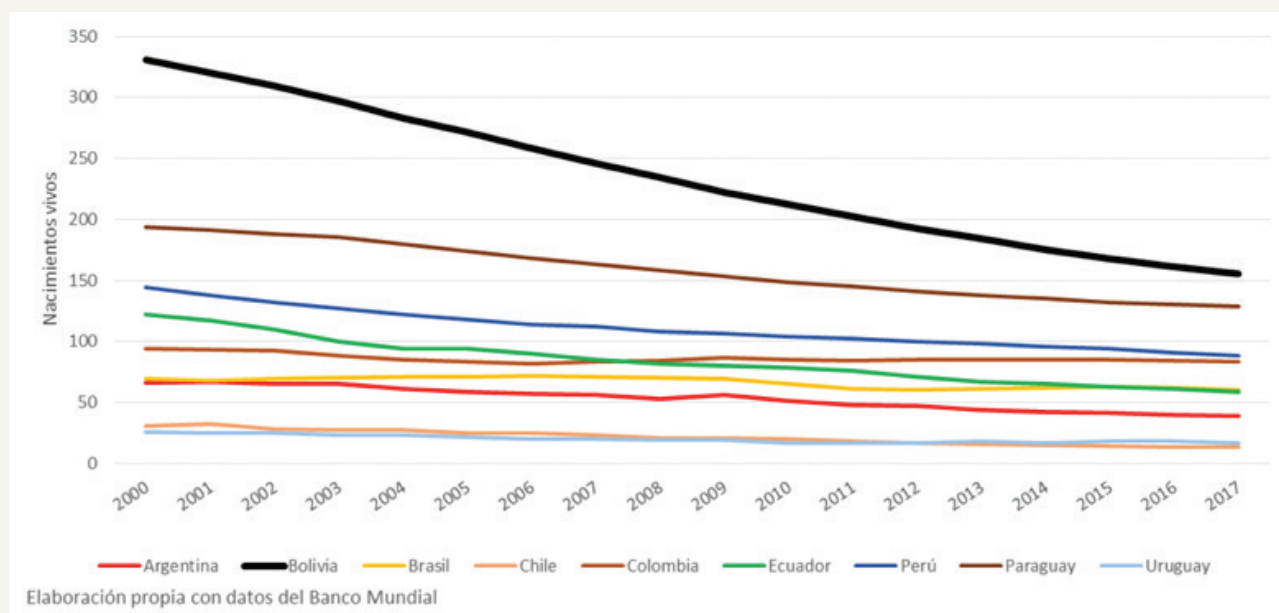
En el caso del personal sanitario, después de Perú, Bolivia era el país que menos médicos

tenía por número de habitantes en 2016, 1,6 por 1.000 habitantes. Le seguían Colombia y Ecuador, con poco más de dos médicos por 1.000 habitantes. En el caso de enfermeras y parteras, para 2017 Bolivia ocupaba el antepenúltimo lugar, con 1,5 enfermeras y parteras por cada 1.000 habitantes⁴.

Estos precarios indicadores sanitarios en términos de gasto, inversión y personal calificado, se traducen en preocupantes cifras de morbilidad y mortalidad para el país. Según datos del Banco Mundial, para 2018 Bolivia tenía la tasa de mortalidad infantil más elevada de la región, con 21,8 fallecidos por cada 1.000 nacidos vivos. Le seguía Paraguay, con una tasa de 17,2, mientras que Chile alcanzaba la tasa más baja (6,2).

En el caso de la tasa de mortalidad materna, la situación es similar (ver Gráfico 3). Pese a que Bolivia viene disminuyendo este indicador desde la época neoliberal, con una tendencia bastante constante —que fue desacelerando en

Gráfico 3: Tasa de mortalidad materna en países de América del Sur (Por 100.000 nacimientos vivos) 2000-2017



4 Datos extraídos de la base de datos del Banco Mundial.

los últimos años—, para 2017 el país mantenía la tasa más elevada de la región, con 155 fallecimientos por cada 100 mil nacidos vivos. Le seguían Paraguay, con una tasa de 129, y Perú, con 88.

También llama la atención la tendencia a empeorar que tuvieron algunos indicadores, como la población menor de cinco años con infecciones respiratorias agudas. Según el INE, en 2011 esta población representó el 35,8%, mientras que para 2018 llegó a ser del 44%. En el caso de la población menor de cinco años que tuvo enfermedades diarreicas agudas, en 2011 representó el 22,67%, mientras que para el 2018 aumentó a 26,14%.

El escaso avance en el campo de salud también permea las condiciones laborales del personal sanitario del sistema público. Un fenómeno que ha sucedido en el país en los últimos años tiene que ver con que el Estado central y los diferentes niveles de administración pública (como los municipios) contratan más personal de salud, pero en condiciones laborales preocupantes.

En un evento reciente⁵, realizado por CEDLA y la fundación Somos Sur, el investigador Bruno Rojas advirtió que las condiciones laborales referidas a salarios, estabilidad y derechos se encuentran precarizadas, ya que una parte importante del personal sanitario cuenta con “contratos civiles bajo la modalidad de ‘consultorías en línea’, sin derechos y bajo el estatuto del funcionario público”.

Asimismo, la Dra. Luz Virginia Gutiérrez, presidenta del Colegio Médico Regional de Guayaramerín, en Beni, relató que, en el caso de los médicos generales, “la mayoría son médicos con contratos de hasta más de 10 años de antigüedad. Hasta hace cinco años atrás estaban en planilla pero los han pasado a ‘consultores en línea’, obviamente, disminuyendo su salario”. Es decir, en Bolivia existe una masa importante de trabajadores en salud que vienen trabajando bajo este esquema precarizado de contratos temporales.

Este es el contexto sanitario en el que el país recibió el coronavirus: un sistema al borde del colapso, que necesitaba un pequeño empujón para caer al abismo.

La pandemia en Bolivia y la política de guerra que encubre la improvisación

La dramática situación que vive Bolivia no se explica únicamente por la precariedad del sistema de salud. En estos meses, la política gubernamental de contención de la crisis sanitaria ha sido poco eficaz. Se caracterizó por la implementación de medidas improvisadas que mayormente han estado relacionadas con el disciplinamiento social y, en menor medida, con estrategias sanitarias de emergencia para hacer frente a la pandemia.

Y es que la llegada de la Covid-19 encontró al país en un momento muy delicado. Bolivia estaba —y sigue— sumergida en una crisis política, lidiando con las consecuencias de lo que sucedió luego de las elecciones de octubre de 2019. La reyerta por el poder, entre gobernantes que fueron a la reelección desconociendo un plebiscito popular,

5 “Foro: Trabajador@s en salud pública. Sin equipos, sin protección, sin derechos”. 18 de junio, 2020. <<https://www.facebook.com/CEDLABolivia/videos/273046174036139/>>.

en unas elecciones con vicios de nulidad, por un lado; y por el otro lado, viejas élites con ansias de poder que, a través de pactos por fuera de los canales institucionales, no tuvieron reparos en escalar los procesos de violencia que vivía el país con el ánimo de controlar el Gobierno.

Cuando la pandemia hizo aguas, la sociedad boliviana estaba profundamente confrontada y polarizada por esta crisis. En ese momento, luego de un frágil acuerdo entre las fuerzas políticas, el país intentaba llegar como sea a las elecciones del 3 de mayo, comicios que parecían la única salida a esta crítica situación.

Pero el 10 de marzo se registró el primer caso de Covid-19, las elecciones fueron postergadas y el país se sumergió en una cuarentena sin planificación, a la vez que un gobierno rapaz, sin experiencia ni legitimidad y en campaña electoral, asumió el timón para enfrentar la pandemia. Muy pocas cosas podían salir bien.

La improvisación como *modus operandi*

La manera en que se enfrentó la pandemia durante las primeras semanas dice mucho de la dinámica que el Gobierno habría de asumir en la crisis sanitaria. Para cuando el virus llegó a Bolivia se habían registrado más de 120 mil contagios en el mundo y más de 4.200 fallecidos. La magnitud del brote viral era incuestionable y la OMS ya había advertido: “el mundo debe prepararse para una pandemia”.

En febrero, el Gobierno boliviano, a través de la jefa de Unidad de Epidemiología del

Ministerio de Salud, Carola Valencia, afirmó: “Creemos que estamos preparados y lo hemos demostrado, con la respuesta que se ha dado frente a la falsa sospecha, ha demostrado que sí estamos preparados”. Pero descartar un caso negativo de Covid-19 no fue suficiente.

A medida que los contagios aumentaban en América Latina, el Gobierno boliviano hizo poco en materia de información sobre la amenaza viral y en relación a la difusión de los protocolos de seguridad sanitaria. El 5 de marzo, el entonces ministro de salud, Aníbal Cruz, reconocía que el virus “toca las puertas de Bolivia”. Pero más allá de estas advertencias, la población boliviana no había sido puesta al corriente de la manera en que se procedería frente a dicha emergencia.

Esta desinformación se expresó en la reacción de distintos actores sociales frente a la confirmación de los primeros casos de contagio. Pobladores del municipio de San Carlos, en el departamento de Santa Cruz, protestaron contra la presencia de la primera paciente registrada en el país con coronavirus. Horas después, cuando la misma paciente fue trasladada a la ciudad de Santa Cruz, trabajadores de cinco hospitales se negaron a atenderla (*Correo del Sur*, 2020). Situaciones similares se suscitaron en otras regiones del país.

Unos días después, un caso que tuvo mucha repercusión mediática fue la muerte por Covid-19 de un alto ejecutivo de la empresa de telecomunicaciones AXS, a quien, como señalan sus familiares, “ningún centro de salud privado lo quiso recibir”, murió en la ambulancia de camino a un nosocomio en la ciudad de El Alto (*Página Siete*, 2020).

Este hecho, además de expresar el clasismo mediático del país —la muerte de personas de escasos recursos no había generado este tipo de titulares—, hizo evidente que no existía ningún plan para responder a la pandemia, y que ni siquiera tener dinero garantizaba un mejor acceso a la salud.

Por otro lado, la falta de información oportuna también habría de generar pánico, desabastecimiento e incremento de precios. La confirmación de la presencia del virus desataría una ola de compras masivas de alimentos, barbijos, sanitizadores para las manos y otros insumos que la población consideró imprescindibles a partir de información que circulaba por redes sociales. Sin embargo, y pese a conocer las experiencias de otros países, el Gobierno no emitió recomendaciones para que estos procesos de abastecimiento se realizaran de manera progresiva en las semanas previas al 10 de marzo.

Ni qué decir de la manera repentina en que fueron suspendidas las actividades escolares el 12 de marzo, a media mañana y sin mediar un proceso de difusión de explicaciones al respecto. Hecho que derivaría en el pánico de padres y madres que, ante la desinformación, se volcaron a recoger a sus hijos de manera caótica, trepando incluso las paredes de las escuelas (Alanoca, 2020).

La cuarentena que no llevó a nada

En este escenario, Bolivia, el 15 de marzo, inició una cuarentena de más de dos meses que se caracterizó por: 1) la dinámica represiva asumida por el Gobierno, 2) la desconsideración de las condiciones económicas de la

población y 3) el poco o nulo aprovechamiento del tiempo ganado con el confinamiento para preparar una respuesta sanitaria.

La principal estrategia, que incluía a militares, fue controlar a la población e imponer medidas restrictivas para su circulación.

La actitud beligerante del Gobierno fue la constante: “voy a pedir a la presidenta que se militarice zonas, que se declare estado de sitio por zonas, y si es necesario hacer estado de sitio a nivel nacional, lo haremos. No estamos jugando, estamos trabajando por la salud”, señaló el ministro de Gobierno al inicio de la cuarentena.

En otras oportunidades, este ministro también amenazó a quienes habían contraído la enfermedad: “lo primero es ver qué personas estaban en ese matrimonio para aislarlas, lo segundo es ver a la paciente que si está enferma tenemos que curarla y después meterla a la cárcel porque ha atentado a la salud”. No por nada al ministro Murillo se lo conoce coloquialmente como “el bolas”.

La segunda cuestión tuvo que ver con la poca previsión para sostener una pandemia de más de dos meses en un país donde el 73% de lxs trabajadorxs pertenecen al sector informal y la mayoría de ellxs vive del día a día.

Si bien el Gobierno implementó una serie de medidas paliativas, como los bonos —que oscilan entre \$50 y \$72 dólares— distribuidos por única vez a distintos sectores de la sociedad (adultos mayores, madres de niños en edad escolar, mayores de 18 años y menores de 65 que no trabajan en el sector formal), además del pago parcial de los servicios

de luz, agua y gas para los hogares del país; estas medidas no permitían sostener una cuarentena tan larga.

Un estudio de la Fundación Aru, con apoyo de UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, por sus siglas en inglés), mostró el poco impacto que tuvieron estas ayudas: “los bonos (...) otorgados por el Gobierno durante la emergencia sanitaria han generado beneficios netos positivos o han neutralizado la pérdida de los ingresos para el 10% de los hogares con niños, niñas y adolescentes, en especial los más pobres y vulnerables”.

La cuarentena se hizo insostenible. Incluso se suscitaron manifestaciones en diversas regiones donde se exigía el levantamiento de las medidas de confinamiento. Así se hizo evidente la tercera característica de la cuarentena: fue una medida pasiva durante la que no se utilizó el tiempo ganado para preparar una respuesta a la contingencia sanitaria.

Como señaló el investigador Pablo Villegas: “después de dos meses, la cuarentena no puede sostenerse más y no se ha llegado a establecer el sistema de testeo masivo —que no es solo tener laboratorios— ni, en la medida en que fueron anunciadas, las instalaciones de tratamiento intensivo, dotación de personal y ni siquiera su debida protección”.

Es así que, cuando se estableció la entrada en vigencia de la “cuarentena dinámica” —un levantamiento parcial de las medidas de confinamiento que dependía de cada región, a través de la cual el Gobierno intentó derivar responsabilidades a los gobiernos subnacionales y locales—, fue como empezar de

nuevo. Sin tests masivos para la detección de contagios, sin plan ni condiciones para el cuidado de lxs enfermxs, la diferencia era que esta vez la economía se derrumbaba como consecuencia del confinamiento. Todo ello sin olvidar que el Gobierno estaba envuelto en escándalos de corrupción —el sobreprecio en la compra de 170 respiradores, que ni siquiera eran funcionales para enfermos de Covid-19, fue el hecho que más indignación despertó—.

El personal sanitario, que en su gran mayoría no tenía los implementos básicos de bioseguridad ni las condiciones de trabajo necesarias, se fue enfermando, o ha ido limitando su atención a quienes contrajeron el virus de la Covid-19. Respuestas a ello han sido la huelga de hambre iniciada por un grupo de médicos de La Paz el 26 de mayo, o la que se inició en Santa Cruz el 16 de junio.

Por otro lado, si bien el Gobierno también puso en marcha algunas medidas para frenar los despidos masivos como consecuencia de la cuarentena —como créditos blandos para el sector empresarial—, lo cierto es que pocas empresas cumplen con los requisitos para acceder a esos créditos y, como lo señaló el presidente de la Cámara Nacional de Comercio, ocho de cada 10 empresas en el país planean disminuir su personal.

A la mala gestión de la crisis se añade la difícil situación presupuestaria del país. Para 2019, el déficit fiscal superó el 8% respecto al PIB, la cifra más elevada de la región. Esto básicamente significa que el Estado boliviano antes de la pandemia ya financiaba gran parte de sus erogaciones con deuda. Por esto,

para enfrentar la crisis sanitaria, el Gobierno ha solicitado créditos por un monto superior a los 1.620 millones de dólares. 1.000 millones provenientes del propio Banco Central de Bolivia, y otros 624 millones de organismos multilaterales (CAF, BM y FMI), aunque la aprobación de estos últimos se encuentra detenida en la Asamblea Legislativa.

El 24 de junio (cuando se concluía la redacción de este artículo), el gobierno de Añez aprobó el “Programa Nacional de Reactivación y Empleo”, un eufemismo para denominar un conjunto de medidas económicas que, en resumen, inyectarán 2.000 millones de dólares al sistema financiero, a través de “fondos de garantías” para apuntalar su estabilidad frente a la crisis económica y promover algunos créditos, principalmente para sectores empresariales grandes.

El plan contempla un irrisorio monto de 14,5 millones de dólares para supuestamente generar 50.000 empleos directos, mientras que para salud no existe nada, ya que, como señaló el ministro de Planificación, Carlos Díaz, “buscamos salud para todos los bolivianos, eso lo logramos evidentemente con la conducta y la disciplina social que tengamos cada uno de nosotros para evitar el contagio”.

Los sectores que están siendo más afectados por la pandemia

A medida que el impacto de la pandemia ha aumentado, las poblaciones de tierras bajas del país han sido las más afectadas. Solo el departamento de Santa Cruz, el más poblado, acumula el 60% de los contagios registrados en Bolivia.

Sin embargo, la situación más dramática es la que se vive en el departamento de Beni, y en los últimos días en el departamento de Pando. Ambas regiones se caracterizan por ser territorios con muy baja densidad poblacional, donde el acceso es muy difícil y la presencia de servicios sanitarios es casi nula. Además, son regiones donde las élites gamonales tienen un control amplio de los territorios, gestionando la dinámica económica en torno a sus intereses ganaderos, agroindustriales y/o extractivistas.

Como ejemplo de la tragedia humana que vive esta región, en Beni la tasa de mortalidad en la octava semana después de haberse registrado el primer deceso por Covid-19 es de 37 fallecidos por cada 100 mil habitantes, una cifra 11 veces más elevada a la registrada en Santa Cruz en la semana correspondiente.

Si bien en las últimas semanas el gobierno ha “encapsulado” los principales focos de la enfermedad en Beni —como la capital, Trinidad—, y ha iniciado un proceso de “rastrillaje” para detectar casos de contagio, también han sido evidentes las limitaciones que existen. Uno de los médicos que hizo parte de las brigadas de rastrillaje en ese departamento se preguntaba: “¿para qué estamos yendo casa por casa si no hay pruebas? Hasta que volvimos [después de 15 días] no habían resultados de las pruebas que habíamos tomado al llegar”.

La situación de Pando no es muy distinta, este departamento, que es prácticamente inaccesible por vía terrestre, y que está en constante relación con la Amazonía brasileña, tampoco cuenta con laboratorios propios,

por lo que depende de los existentes en otros departamentos, muchos de los cuales ya están de por sí saturados —como en Santa Cruz, que se tiene un retraso de 20 días en el procesamiento de las pruebas de Covid-19 (*Opinión*, 2020)—.

En todo esto, los pueblos indígenas de tierras bajas están resultando particularmente afectados por la pandemia. Las poblaciones y comunidades que se encuentran dispersas en esta región, no cuentan con servicios de salud a cientos de kilómetros a la redonda. La mayor parte de los municipios de estas zonas no tienen ni una sola Unidad de Terapia Intensiva.

En el informe de las Organizaciones de los Pueblos Indígenas de Tierras Altas y Tierras Bajas del Estado Plurinacional de Bolivia para el Examen Periódico Universal (EPU) de 2019, se presenta como mucha claridad la situación que se vivía respecto a la salud ya antes de la llegada del coronavirus:

“Las comunidades alejadas no cuentan con postas ni hospitales y es alto el costo para trasladarse a los centros urbanos para la atención médica. Cuando hay postas no hay ítems para médicos ni equipo y medicamentos específicos. No se incluye la medicina tradicional ni los medicamentos naturales en el sistema de salud público. La atención médica no se realiza en la lengua de los pueblos indígenas ni de acuerdo a su cultura, y sin perspectiva de género. Si no se cuenta con dinero no hay atención, la salud no es gratuita. No existen datos especializados en el Sistema de Salud de las

enfermedades que sufren los miembros de las naciones indígenas”.

Con respecto a la Covid-19, Miguel Vargas, investigador sobre derechos de los pueblos indígenas, ha manifestado en diferentes medios de comunicación —como *Clarín* y *Opinión*— que “en relación a los pueblos indígenas, el gobierno no ha dado ninguna respuesta a la problemática, en todo caso ha hecho que la situación se empeore”, a través, por ejemplo, de la exposición de las personas a un riesgo de contagio por tener que salir a los centros poblados a cobrar el bono social, cuando estaba previsto que este llegara a las comunidades indígenas en coordinación con el Ejército. Ante esta situación y como medida preventiva, muchas comunidades han incrementado el uso de medicinas tradicionales y han intentado tomar medidas de autoaislamiento.

Sin embargo, como señala el líder indígena Alex Villca en entrevista para *SciDev*: “Muchos creen que al estar aislados dentro de la selva estaríamos auto-protegidos, pero no se considera que ya no tenemos los recursos como cuando nuestros antepasados enfrentaron otros virus y pandemias, por eso es importante ver caso por caso la situación de cada pueblo indígena”.

Actualmente no existen datos precisos sobre el impacto de la enfermedad en pueblos indígenas, debido a que la ficha epidemiológica de la Covid-19 no incorpora esta dimensión. Esta labor está siendo realizada por las propias organizaciones indígenas y algunas organizaciones no gubernamentales, las cuales vienen denunciando la dramática situación que se vive al respecto.

El Estado aparente en tiempos de pandemia

René Zavaleta Mercado propuso una categoría específica para referirse al Estado boliviano, la de “Estado aparente”. Aludiendo a que, en ese entonces, este organizaba —política, represiva y financieramente— el país en función de los requerimientos de los intereses mineros, pero no hacía más que eso. Para las grandes mayorías el Estado adquiriría una forma espectral o aparente. La crisis sanitaria pareciera presentarnos una actualización de esta perspectiva.

Van años de años en que el Estado boliviano ha invertido el excedente nacional en los requerimientos de los sectores extractivos articulados a capitales extranjeros, en los requerimientos de proyectos de integración como el IIRSA/COSIPLAN, en los requerimientos de una matriz económica estatal adicta al rentismo, en los requerimientos de la expansión de la agroindustria. La política pública boliviana se organiza en torno a estos requerimientos.

En contrapartida, nos estrellamos contra un sistema de salud que básicamente no tiene capacidad de respuesta y sobre el cual no se realizó ninguna inversión significativa ni transformación sustancial. Simplemente, la vida de la gente de este país no ha sido una prioridad para el Estado boliviano desde siempre. Todo esto —que coincide con la crisis política actual— ha derivado en que, para enfrentar al coronavirus, prime la política del “sálvese quien pueda”, porque el Estado va a amenazar y va a disciplinar, pero es poco o nada lo que hará para cuidar. Es el Estado aparente en tiempos de Covid-19.

Bibliografía

- Alanoca, Jesús Reynaldo. “Padres saltaron el muro de una escuela para sacar a sus hijos en Quillacollo” [en línea]. *El Deber*, 12 de marzo, 2020. <https://el-deber.com.bo/169272_padres-saltaron-el-muro-de-una-escuela-para-sacar-a-sus-hijos-en-quillacollo>
- CEDLA. “El Modelo SAFCI” [en línea]. *Alerta Laboral* n° 82, p. 15, octubre de 2018. <<https://cedla.org/publicaciones/obess/alerta-laboral-82-urge-la-reforma-del-sistema-nacional-de-salud/>>
- Correo del Sur*. “Santa Cruz: Cierran las puertas de cuatro centros de salud a la paciente con coronavirus” [en línea]. 11 de marzo, 2020. <https://correodelsur.com/sociedad/20200311_santa-cruz-cierran-las-puertas-de-cuatro-centros-de-salud-a-la-paciente-con-coronavirus.html>
- Opinión*. “Cenetrop revela que lleva 20 días de retraso en procesar pruebas COVID por la falta de equipos” [en línea]. 24 de junio, 2020. <<https://www.opinion.com.bo/articulo/pais/cenetrop-revela-lleva-20-dias-retraso-procesar-pruebas-covid-falta-equipos/20200624201409774222.html>>
- Página Siete*. “Alto ejecutivo de AXS muere por coronavirus, tenía 50 años” [en línea]. 30 de marzo, 2020. <<https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/3/30/alto-ejecutivo-de-axs-muere-por-coronavirus-tenia-50-anos-251250.html>>

Título: Bolivia frente a la Covid-19. Entre la precariedad en salud y la gestión improvisada

Autores: Huáscar Salazar y Mónica Rocha

Publicado por: Fundación Rosa Luxemburg Oficina Región Andina

Miravalle N24-728 y Zaldumbide

Teléfonos: (593-2) 2553771 / 6046945 / 6046946

info.andina@rosalux.org / www.rosalux.org.ec

Quito · Ecuador

Diseño: Freddy Coello

Foto de la portada: David Flores

Esta publicación es financiada con recursos de la FRL con fondos del BMZ (Ministerio Federal para la Cooperación y el Desarrollo Económico de la República Federal de Alemania). Esta publicación o algunas secciones de ella pueden ser utilizadas por otros de manera gratuita, siempre y cuando se proporcione una referencia apropiada de la publicación original.



Esta publicación opera bajo Licencia Creative Commons Atribución No Comercial, sin Modificaciones 3.0. Todos los contenidos pueden ser usados y distribuidos libremente siempre que las fuentes sean citadas.