

DESAFÍOS DEL SISTEMA SANITARIO PARA COMBATIR LAS DESIGUALDADES EN EL ESCENARIO DE LA CRISIS DE LA COVID-19 EN EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

Por María Bolivia Rothe *

- *Salubrista epidemióloga. (Bolivia). Investigadora asociada al Grupo de Trabajo CLACSO Salud internacional y soberanía sanitaria.*

CONTENIDOS



Contenido

I. Introducción.....	2
<i>Un poco de historia.....</i>	<i>2</i>
II. Análisis del comportamiento epidemiológico de la Pandemia en Bolivia.....	6
III. Acciones gubernamentales de contención epidemiológica y social: Situación y respuesta del sistema de salud a la Pandemia.....	15
<i>Desarrollo de la Pandemia desde sus inicios en territorio boliviano.....</i>	<i>19</i>
<i>¿Estado ausente o aparente?.....</i>	<i>22</i>
<i>La Pandemia en Democracia o el Estado presente.....</i>	<i>22</i>
IV. La determinación social de la salud como productora de las desigualdades sociales profundizadas por la pandemia.....	26
<i>Implicaciones praxiológicas.....</i>	<i>29</i>
V. La Epidemiología crítica y el replanteamiento hacia una praxis emancipadora hacia el derecho a la salud.....	31
VII. La Geopolítica de la vacuna.....	38
<i>Los intereses de China.....</i>	<i>41</i>
<i>Rusia y el desafío a Estados Unidos.....</i>	<i>42</i>
<i>Estados Unidos y los aliados europeos frente a China y Rusia.....</i>	<i>43</i>
<i>Una vacuna para cambiar el mundo.....</i>	<i>45</i>
<i>Salud global como única salida a la crisis de la pandemia.....</i>	<i>49</i>
<i>Consecuencias económicas de la pandemia.....</i>	<i>50</i>
<i>Vacuna para ricos, vacuna para pobres.....</i>	<i>52</i>
VIII. La Pandemia y la Guerra.....	54
IX. Conclusiones.....	56



DESAFÍOS DEL SISTEMA SANITARIO PARA COMBATIR LAS DESIGUALDADES EN EL ESCENARIO DE LA CRISIS DE LA COVID-19

I. Introducción

El mundo entero ha sido desafiado grave e inesperadamente, desde que se instalara una extraña enfermedad viral que inició sus primeras manifestaciones en China, se supone, a raíz de la ingesta de carne de animales silvestres (murciélagos) en la población de Wuhan. Desde que el primer caso se describiera en diciembre de 2019 hasta el día de hoy, la comunidad científica mundial se ha enfrentado a una situación impensada y los gobiernos y los colectivos humanos, sometidos a uno de los más grandes flagelos sanitarios de los que se tenga memoria, poniendo contra las cuerdas y develando como nunca antes, las enormes falencias de todos los sistemas sanitarios del mundo, sin excepción, dejando al desnudo las fatales consecuencias que el modelo capitalista, depredador, neoliberal, patriarcal e individualista de los últimos 100 años en el mundo, ha producido sobre el género humano, en términos de calidad de salud y por ende, de vida.

Un poco de historia...

En diciembre del 2019, la provincia de Hubei en Wuhan, China, se convirtió en el epicentro de un brote de neumonía de causas desconocidas.¹ Un grupo de pacientes se presentó a diferentes hospitales con diagnósticos de neumonía de etiología no conocida. La mayoría de estos pacientes fueron vinculados epidemiológicamente a un mercado mayorista de pescados, mariscos y animales vivos y no procesados en la provincia de Hubei.²³

¹ Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao, A novel coronavirus outbreak of global health concern. The Lancet [Internet]. 2020 [citado 18 mar 2020]. 35(10223). Disponible en: URL doi:10.1016/s0140-6736(20)30185-9

² Bogoch, A. Watts, A. Thomas-Bachli, C. Huber, M.U.G. Kraemer, K. Khan, Pneumonia of unknown etiology in wuhan, China: potential for international spread via commercial air travel. J. Trav. Med.[Internet]. 2020 [Citado 18 mar 2020]. 2(1). Disponiblle en: URL <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa008>.

³ H. Lu, C.W. Stratton, Y.W. Tang, Outbreak of pneumonia of unknown etiology in wuhan China: the mystery and the miracle. J. Med. Virol [Internet].2020 [citado 18 de mar 2020] 92 (4). Disponible en: URL 401-402, <https://doi.org/10.1002/jmv.25678>.



Las deficientes medidas de bioseguridad en los mercados de alimentos, han permitido que los virus se transmitan entre animales y desde animales a humanos.⁴ A esta transmisión de enfermedades de animales a humanos se le conoce con el término de zoonosis.⁵ Durante la epidemia del SARS en 2002-2003, la rápida diseminación global se vio favorecida por el desconocimiento inicial en relación al manejo de los pacientes contagiados y el tráfico aéreo internacional. Lo mismo ha sucedido en esta ocasión con el SARS-CoV2.

Desde el 18 de diciembre al 29 de diciembre del 2019, se reportaron los primeros cinco casos, cuatro de los cuales fueron hospitalizados por presentar síndrome de distrés respiratorio agudo y uno de estos pacientes falleció.⁶ La mayoría de los pacientes aseguraron tener relación directa o indirecta con un mercado de alimentos en la provincia de Hubei en Wuhan. Ya para el 1ero de enero de 2020, el mercado de Wuhan había sido cerrado y no existía evidencia clara de transmisión persona a persona.⁷ El 2 de enero, un total de 41 pacientes habían sido hospitalizados y sólo un paciente que presentaba patologías preexistentes serias, había fallecido. El 7 de enero, las autoridades chinas anunciaron que habían identificado un nuevo tipo de coronavirus (Nuevo Coronavirus, 2019-nCoV). Simultáneamente, otros posibles patógenos fueron descartados, incluyendo el coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV), el coronavirus del Síndrome Respiratorio del Medio Este (MERS-CoV), el virus de la influenza, el virus de la influenza aviar y el adenovirus.⁸ A partir de este momento las autoridades a nivel mundial supieron que enfrentaban una nueva amenaza.

Para el 12 de enero del 2020, no se habían reportado más casos relacionados y se asumió que el centro de propagación había sido el mercado ya cerrado, o que posiblemente se habían contagiado en el hospital (infección nosocomial). Se le asignó a la enfermedad el

⁴ Cheng, V. C. C., Lau, S. K. P., Woo, P. C. Y., & Yuen, K. Y. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus as an Agent of Emerging and Reemerging Infection. *Clinical Microbiology Reviews*. [Internet] 2007 [citado 18 mar 2020]. 20(4) Disponible en: URL 660-694. doi:10.1128/cmr.00023-07

⁵ Andersen, K.G., Rambaut, A., Lipkin, W.I. et al. The proximal origin of SARS-CoV-2. *Nat Med*. [Internet] 2020 [citado 19 mar 2020] 2 (1). Disponible en: URL <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0820-9#citea>

⁶ A. Du Toit, Outbreak of a novel coronavirus, *Nat. Rev. Microbiol.* [Internet] 2020 [citado 19 mar 2020] 18 (123) Disponible en: URL <https://doi.org/10.1038/s41579-020-0332-0>.

⁷ Who.int. World Health Organisation. 2020. [actualizado 12 enero de 2020, citado 19 mar 202]. Disponible en: URL <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/>

⁸ C. Huang, Y. Wang, X. Li, L. Ren, J. Zhao, Y. Hu, et al., Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China, *Lancet* [Internet]. 2020 [citado 19 mar 2020] 395 (10223). Disponible en: URL 497-506, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).



nombre de COVID-19, causada por el 2019-nCoV, y se pensó erróneamente que no era altamente contagioso, ya que no había registro de infección persona-persona, concluyendo que la transmisión era por vías desconocidas durante la estadía hospitalaria. Para este momento, solo se les había realizado pruebas a las personas que presentaban sintomatología. Tan solo diez días después, un total de 571 casos habían sido reportados en 25 diferentes provincias en toda China, mientras que en la provincia de Hubei las muertes habían alcanzado a 17, y se mantenían 95 pacientes en estado crítico. Se realizó un estimado según el Modelo de Enfermedades Infectocontagiosas del Centro de Colaboración de la OMS y la proyección alcanzaba a 4.000 posibles contagiados, pudiendo llegar a casi 10.000.⁹

A partir de ahí, el número de pacientes contagiados fue aumentando exponencialmente en China continental, y para el 30 de enero se habían reportado 9.692 casos en toda China y 90 casos en diferentes países incluyendo Taiwán, Tailandia, Vietnam, Malasia, Nepal, Sri Lanka, Camboya, Japón, Singapur, la República de Corea, Emiratos Árabes Unidos, Estados Unidos, Filipinas, India, Irán, Australia, Canadá, Finlandia, Francia y Alemania.¹⁰

El primer reporte de caso en el continente americano, surgió el 19 de enero 2020 en el estado de Washington, en Estados Unidos; un paciente masculino de 35 años de edad, con una historia de tos y fiebre, acudió a un centro de salud solicitando atención médica. En sus antecedentes estaba un viaje de visita familiar a Wuhan, China.¹¹

Asimismo, el 24 de enero se reporta el primer caso de COVID-19 en Europa, específicamente en Bordeaux, Francia, de una paciente con historia reciente de haber visitado China¹². El 26 de febrero, el Ministerio de Salud de Brasil, reporta el primer caso

⁹ Lu, H. (2020). Drug treatment options for the 2019-new coronavirus (2019-nCoV). *BioScience Trends*. [Internet] 2020 [citado 18 mar 2029] 14 (1). Disponible en: URL doi:10.5582/bst.2020.01020

¹⁰ Rothan H., Byrareddy S. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19). *Outbreak. Journal of Autoimmunity*. [Internet] 2020 [citado 19 mar 2020] 17 (1). Disponible en: URL <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>

¹¹ First Case of 2019 Novel Coronavirus in the United States. Holshue M, *The New England Journal of Medicine*. [Internet] 2020 [citado 19 mar 2020] 382 (4). Disponible en: URL <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2001191>

¹² 20minutes.fr. Francia. Provenzano, Elsa. Coronavirus: Que sait-on du cas détecté à Bordeaux?. [actualizado en 17 enero 2020, citado 18 mar 2020]. Disponible en: URL: <https://www.20minutes.fr/bordeaux/2703783-20200126-coronavirus-sait-cas-detecte-bordeaux>



de COVID-19 en Suramérica; un hombre de 61 años de São Paulo, con historia reciente de viaje a Lombardía, Italia, presentó síntomas leves y fue sometido a cuarentena.¹³

El 11 de marzo, con 118.000 casos reportados en 114 países y 4.291 personas fallecidas, la Organización Mundial de la Salud declara que el brote de la enfermedad del Coronavirus 19 causada por el SARS-CoV2, es considerada una pandemia.¹⁴

A fecha, desde el inicio de la Pandemia, se han registrado en el mundo alrededor de 442,1 millones de casos de coronavirus (SARS-CoV-2); en las seis regiones de la OMS, se informaron más de 10 millones de nuevos casos y más de 60 000 nuevas muertes. Hasta el 27 de febrero de 2022, se han notificado más de 433 millones de casos confirmados y más de 5,9 millones de muertes en todo el mundo.

La pandemia de la covid-19 nos ha puesto frente a un escenario desconocido. Es una crisis que tiene dimensiones sanitarias, económicas, sociales, y también políticas. Además, ha exacerbado las desigualdades y la exclusión de sectores expuestos a situaciones de vulnerabilidad. Es una crisis durante la cual se han generado preocupaciones adicionales, por la posible profundización del descontento político y la consolidación de prácticas autoritarias a través de la expansión de las atribuciones del Poder Ejecutivo y las restricciones de derechos civiles en un escenario post covid-

19.

Esta realidad nos ha demostrado que la pandemia es un desafío al que no podemos dar respuestas unilaterales, desde las miradas parciales de un solo gobierno o de una comunidad en particular. Es un desafío global con impactos profundos sobre varias dimensiones de la sociedad, así como impactos diferenciales sobre la diversidad de mujeres y los sectores en situación de mayor vulnerabilidad. Por ende, es un desafío que requiere una solución multidimensional con un enfoque interdisciplinario. Es por ello que necesitamos prácticas políticas que promuevan una colaboración orientada a la inteligencia colectiva como forma

¹³ Folha.uo Brasil confirma primeiro caso do novo coronavírus. Folha de S. Paulo. February. [actualizado 29 enero de 2020, citado 19 mar 2020] Disponible en: URL. <https://www1.folha.uol.com.br/eqilibrioesaude/2020/02/brasil-confirma-primeiro-caso-do-novo-coronavirus.shtml>

¹⁴ Who.int. Transcripción de conferencia de la OMS del 11 de marzo del 2020. [actualizado 20 marzo 2020, citado 20 marzo 2020] Disponible en URL https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencies-coronavirus-press-conference-full-and-final-11mar2020.pdf?sfvrsn=cb432bb3_2



de buscar soluciones a desafíos públicos, como el de la pandemia. La premisa de la inteligencia colectiva es, justamente, que nadie lo sabe todo, pero todo el mundo conoce y sabe algo. Traducir este hecho a la forma en la que se toman decisiones en una sociedad es un desafío significativo y requiere de mecanismos de colaboración que involucren a una multiplicidad de actores. Requiere, específicamente, de una gobernanza colaborativa.

II. Análisis del comportamiento epidemiológico de la Pandemia en Bolivia

Bolivia enfrenta los primeros casos de SARS-COV-2 en el mes de marzo de 2020; el 16 de ese mes, el ministro de Salud, Aníbal Cruz, informó sobre la existencia de dos casos confirmados de coronavirus (Covid-19) en los departamentos de Oruro y Santa Cruz. Las pacientes eran dos mujeres de la tercera edad que arribaron al país desde Italia¹⁵. “Queremos comunicar al país que se han presentado dos casos de coronavirus en mujeres mayores de 60 años con antecedentes de haber estado en Italia”, manifestó Cruz en rueda de prensa. En ese momento, las autoridades informaron que la paciente en Oruro estaba aislada en su domicilio, mientras que la de Santa Cruz fue internada en un centro de salud. En fecha 28 de marzo, se notificó que la paciente de 78 años de edad, que había retornado de Italia y que era residente en Santa Cruz, falleció por “un distrés respiratorio severo, neumonía típica y coronavirus positivo”.¹⁶

A partir de ahí se activó en fecha 25 de marzo, la alerta de emergencia sanitaria, inicialmente hasta el 15 de abril; el 13 de abril Santa Cruz amanece “militarizada” para cumplir la cuarentena y frenar el contagio del COVID-19. Efectivos militares sostienen carteles en una avenida en Santa Cruz.

El 14 de abril, la presidenta de facto anunció las nuevas medidas sanitarias que iba a aplicar el gobierno; la más relevante, la ampliación de la cuarentena hasta el 30 de abril. Esta determinación se fundamentaba en el análisis epidemiológico que establecía la posibilidad de que el pico de contagio se produzca dos semanas después y se consideraba, por lo tanto,

¹⁵ https://eldeber.com.bo/edicion-impresa/confirman-dos-casos-de-coronavirus-y-accionan-medidas-de-contencion_169079

¹⁶ <https://www.minsalud.gob.bo/4012-una-mujer-de-78-anos-es-la-primera-victima-del-coronavirus-en-el-pais-ministro-de-salud>



que la cuarentena rígida, era la medida más acertada para parar el avance de los contagios. A estas determinaciones de orden sanitario, se asociaron otras medidas de tipo económico, dirigidas a la población de escasos recursos y a la micro y pequeña empresa; para ese entonces, el gobierno ya había implementado los bonos familia y canasta, destinados a adultos mayores, mujeres con hijos, personas con discapacidad y estudiantes desde el nivel inicial hasta el secundario. A esto se sumó el Bono Universal, que consistía en Bs 500 para las personas mayores de 18 años que no se habían beneficiado con ninguna de las ayudas anteriores lanzadas por el Gobierno y que no eran asalariadas.

El 29 de Abril la cuarentena total se amplía hasta el 10 de mayo, pero en la modalidad de cuarentena "dinámica", que significaba que esta podía ser modificada conforme a la dinámica que adquiriera la pandemia en Bolivia, pero se permitía que la población retorne a sus actividades económico productivas; esto debido a que Bolivia es un país donde más del 50% de su población económicamente activa, es cuentapropista, que viven de las ganancias diarias, por lo que evitar que salgan a trabajar daría como consecuencia el empobrecimiento sistemático de grandes grupos poblacionales.

Las disposiciones gubernamentales incluían modalidades de cuarentena; la “cuarentena media y moderada”, donde la población podrá volver a trabajar bajo normas específicas y los gobiernos municipales debían regular el funcionamiento de mercados y transporte público; se mantenía en algunos sitios la “cuarentena rígida”, con restricciones a la circulación, trabajo, comercios cerrados, de manera estricta. En la cuarentena media, se podía trabajar seis horas al día, de 8:00 a 14:00, se podía manejar motos y bicicletas con fines laborales y la gente podía salir a plazas hasta las 17:00. Los menores de edad y los adultos podían salir una hora al día alrededor de sus casas. Los centros de abasto abrirían de 6:00 a 15:00. En el caso de la cuarentena moderada, la atención en centros de abastecimiento sería de 6:00 a 18:00, la gente podía trabajar ocho horas, de 8:00 a 16:00 y las restricciones a la salida de vehículos eran por número de placas; los niños podían salir alrededor de sus domicilios.

Las medidas establecían que nadie podrá permanecer en espacios públicos de 19:00 a 5:00. Los menores de 18 años y mayores de 65 solamente podían salir de 6:00 a 12:00. Hasta el



31 de mayo independientemente de la categoría de cuarentena, se mantuvo el cierre de fronteras aéreas, terrestres y fluviales, salvo para bolivianos que deben retronar al país. Además, la suspensión de vuelos nacionales e internacionales, suspensión temporal de clases, de eventos deportivos, reuniones en iglesias y eventos culturales. También se continuó con la distancia social de un metro y medio entre las personas, uso de barbijos, lavado de manos y cumplimiento de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo al “Análisis situacional de la emergencia sanitaria contra el COVID-19”¹⁷, realizado en fecha 3 de mayo de 2020, por el Grupo de Coordinación Estratégica COVID-19, entre el 26 de abril y 5 de mayo, la tasa de prevalencia incrementó 67,1%, pasando de 8,2 a 13,7 casos positivos de COVID-19 por cada 100,000 habitantes. En el mismo periodo, la tasa de letalidad disminuyó en 9,4%, de 5,3 a 4,8 defunciones por cada 100 casos positivos de COVID-19.

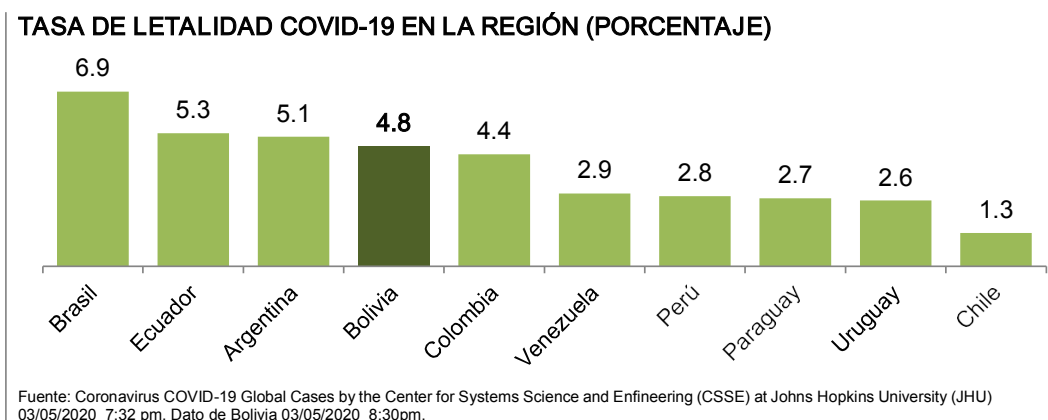
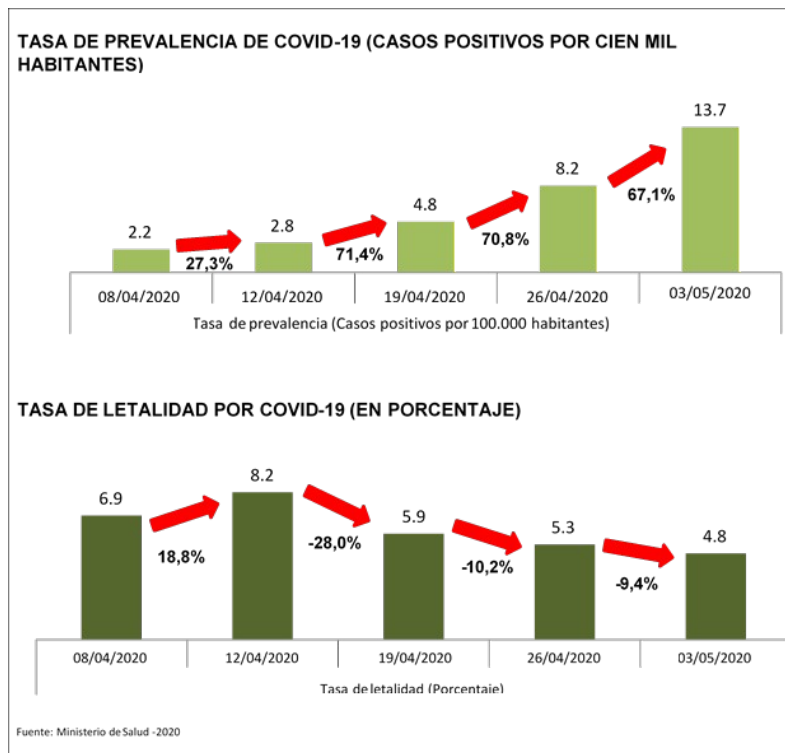
Según este informe, a nivel regional, Bolivia se encontraba en el cuarto lugar en la tasa de letalidad COVID-19, bajando de 5,3 defunciones por cada 100 casos positivos a 4,8 defunciones, por debajo de Brasil (6,9%), Ecuador (5,3%) y Argentina (5,1%) mientras que Uruguay (2,6%) y Chile (1,3%) mantienen las tasas de letalidad más bajas. El mismo informe establecía que al 3 de mayo de ese año, los departamentos con niveles más altos de casos positivos de COVID-19 eran Beni (43,3), Santa Cruz (25,9) y Oruro (19,4). Por grupos de edad, los mayores casos positivos por cada 100 mil habitantes se encontraban en el grupo etario de 19 a 59 años (19,6), mientras que las personas mayores de 60 años enfermas con COVID-19 presentaban una tasa de prevalencia de 18,7 por cien mil habitantes. En cuanto a los fallecidos, los departamentos de Pando (8,3%), Cochabamba (7,6%), y Oruro (6,5%) tenían para esa fecha, las mayores tasas de letalidad del país, siendo la tasa de letalidad mayor en la población de 60 años y más, resaltando la gravedad de esta enfermedad para este grupo poblacional.

¹⁷ GRUPO DE COORDINACIÓN ESTRATÉGICA COVID-19 Análisis Situacional de la Emergencia Sanitaria contra el COVID-19 Reporte N° 06 03/05/2020. Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia



En mayo 2020, Bolivia ostentaba una tasa de letalidad del 19,4%, es decir, por cada 100 adultos mayores con COVID-19, mueren 19.

Cuadro de la situación de COVID-19 en Bolivia Mayo 2020



La situación del diagnóstico en el comienzo de la pandemia, fue también muy precaria; el siguiente cuadro resumen muestra que, en toda la primera ola, en Bolivia solamente se realizó un poco más de 263.000 muestras de PCR-RT. Con una capacidad diagnostica tan baja, es obvio que el subregistro hubiese sido inmenso.

Laboratorios Bolivia Gestión 2020
Fuente: SNIS-Ministerio de Salud y Deportes Bolivia

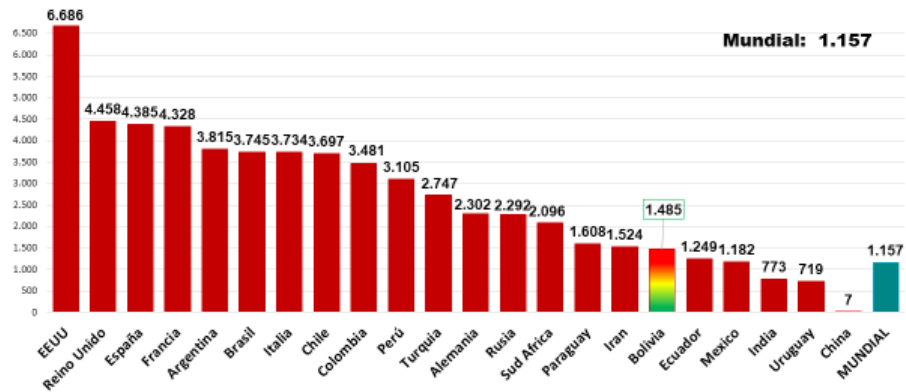
Departamento	RT - PCR EN TIEMPO REAL	RT - PCR GENEXPERT	Total general
Beni	4,246	2,084	6,330
Chuquisaca	11,977	870	12,847
Cochabamba	33,819	871	34,690
La Paz	49,354	850	50,204
Oruro	13,101	1,528	14,629
Pando	514	1,663	2,177
Potosi	4,237	207	4,444
Santa Cruz	118,056	717	118,773
Tarija	18,816	112	18,928
Total general	254,120	8,902	263,022

En un artículo que escribíamos en enero de 2021¹⁸, establecíamos que Bolivia ha presentado en toda la pandemia una de las tasas de incidencia más altas de Latinoamérica, inclusive mayor que le promedio mundial. La tasa de incidencia mundial oscila en 1.157 casos x 100 mil habitantes, Bolivia está en 1.485 casos x 100 mil habitantes. La tasa de incidencia, se refiere a la cantidad de casos nuevos de una determinada enfermedad; Bolivia tuvo esa enorme incidencia porque no se realizaron las medidas de contención de la pandemia y el contagio fue generalizado, produciéndose la circulación comunitaria del virus y los altos niveles de contagio. En lo que se refiere a la tasa de letalidad del Covid-19 en Bolivia, también Bolivia es el tercer país del mundo con la tasa de letalidad más alta, después de Ecuador y México

¹⁸ <https://www.la-epoca.com.bo/2021/01/21/la-situacion-de-la-pandemia-en-bolivia/>



COMPARATIVO DE TASA DE INCIDENCIA COVID-19 X 100.000 HAB., BOLIVIA Y OTROS PAÍSES



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud y Deportes, enero 2021

El haber llegado a ser el tercer país con la mayor tasa de letalidad durante el año 2020, refleja la ausencia de medidas para parar los contagios con el consecuente aumento progresivo de personas infectadas. En otras palabras, al inicio de la pandemia y durante la primera ola de la misma, las y los bolivianos teníamos mayor riesgo de enfermarse por Covid-19 y morir que en otros países; la tasa o índice de letalidad se refiere al cociente de fallecimientos en relación a las personas que se han contagiado de dicha enfermedad; eso, debido a que una vez enfermos, el sistema sanitario no ha podido ofrecerles las condiciones necesarias para que puedan sanar. La tasa tan alta de letalidad está mostrando que, durante la primera ola de la pandemia en Bolivia, la capacidad resolutoria del sistema de salud fue casi nula para lograr salvar a aquellas personas que enfermaban de Covid-19; caso todas fallecían. La tasa de mortalidad en Bolivia también ha sido alta, con variaciones por departamento.

Al iniciarse la segunda ola de la pandemia por Covid-19 en Bolivia se enfrenta la misma en el medio de un sistema sanitario precarizado, disperso, fragmentado y desarticulado, que no pudo ser mejorado en la primera ola, al contrario, las medidas de militarización y de coerción que acompañaron las pocas medidas sanitarias, estuvieron lejos de fortalecer el



sistema sanitario; las diferencias entre las capacidades resolutorias entre los departamentos, se notaron y fueron determinantes. No es lo mismo un departamento donde la Gobernación ha tomado cartas en el asunto y efectivamente ha invertido en la contención de la enfermedad que otros que no han realizado este trabajo. A la escasa toma de consciencia desde los gobiernos subnacionales del rol que debieron asumir para hacer frente a esta enfermedad, entre las y los ciudadanos tampoco existe una toma de consciencia real; la pandemia trajo aparejado un sistemático sentimiento de negación del verdadero peligro que significa tener el riesgo potencial de enfermarse y morir por Covid-19; las personas se negaban a distanciarse, a utilizar barbijos; a no realizar reuniones sociales y a mantener la distancia social preventiva obligatoria.

Si ponemos atención al análisis del sociólogo e investigador del Conicet, el argentino Daniel Feierstein¹⁹ sobre la conducta de las y los argentinos frente a la pandemia de coronavirus, explicando porqué, según su criterio, fracasan las estrategias para frenar los contagios, es posible extrapolar la misma hacia Bolivia. Para Feierstein la respuesta no es médica, sino sociológica, por lo que la imposibilidad de frenar los casos debe entenderse a partir de dos importantes sistemas de defensa psíquica que operan a nivel colectivo: la negación y la proyección.

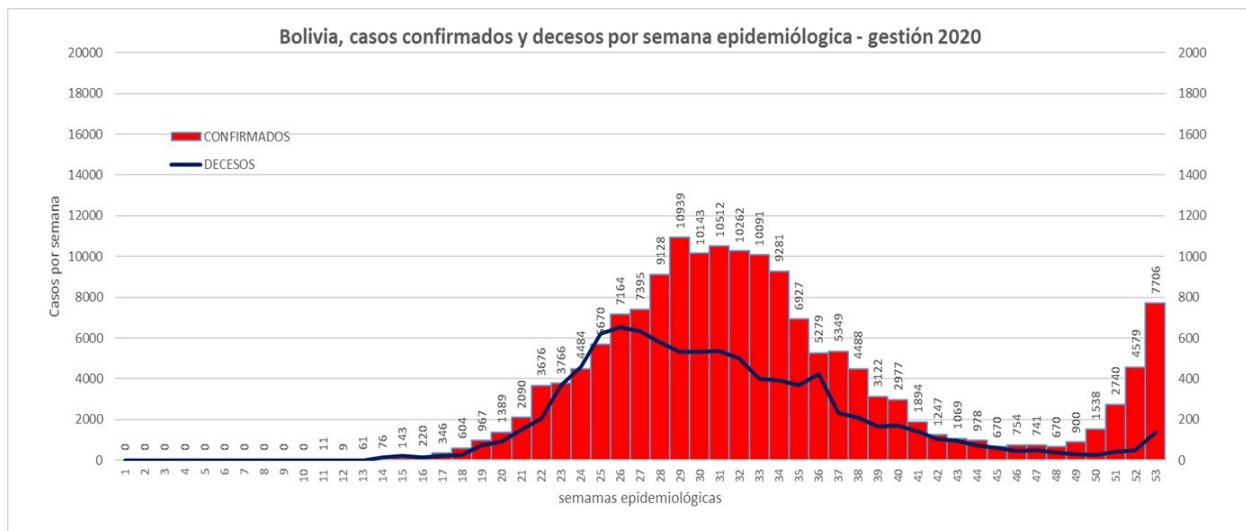
Para este investigador, en una pandemia –o en cualquier otro fenómeno con consecuencias masivas– la población no actúa según una racionalidad ajustada a fines, sino que se ve atravesada por acciones afectivas, proceso que genera una tendencia de menguar, e incluso ignorar, el riesgo de lo acontecido. Claramente, a cualquier sujeto normal le cuesta aceptar la posibilidad de una enfermedad o de la muerte y la alteración de su vida cotidiana que esto conlleva. Desde ahí nace la negación a mantener las medidas de bioseguridad, especialmente el distanciamiento físico, como está sucediendo ahora en Bolivia. La única manera que los humanos reaccionamos adecuadamente frente a la pandemia es cuando se instala “la inmunidad del miedo”; el miedo de la gente puede vencer al mecanismo de negación.

¹⁹ <https://www.pagina12.com.ar/295167-daniel-feierstein-en-poblaciones-que-lidieron-con-crisis-fue>



Por su parte, las camas de los hospitales mantienen siempre niveles altos de ocupación y es completamente difícil conseguir libre una cama de Terapia Intensiva; entonces, el problema radica en una presunción errada sobre el comportamiento social puesto que un mensaje optimista, que busca llevar tranquilidad a la población, termina jugando en contra, no sirve, porque para alguien en estado de negación, decirle que vamos mejor, que abrimos actividades y que no habrá colapso es el mejor modo de lograr que ratifiquen la negación.

El resumen del comportamiento de la pandemia durante la primera ola se muestra en el siguiente cuadro:



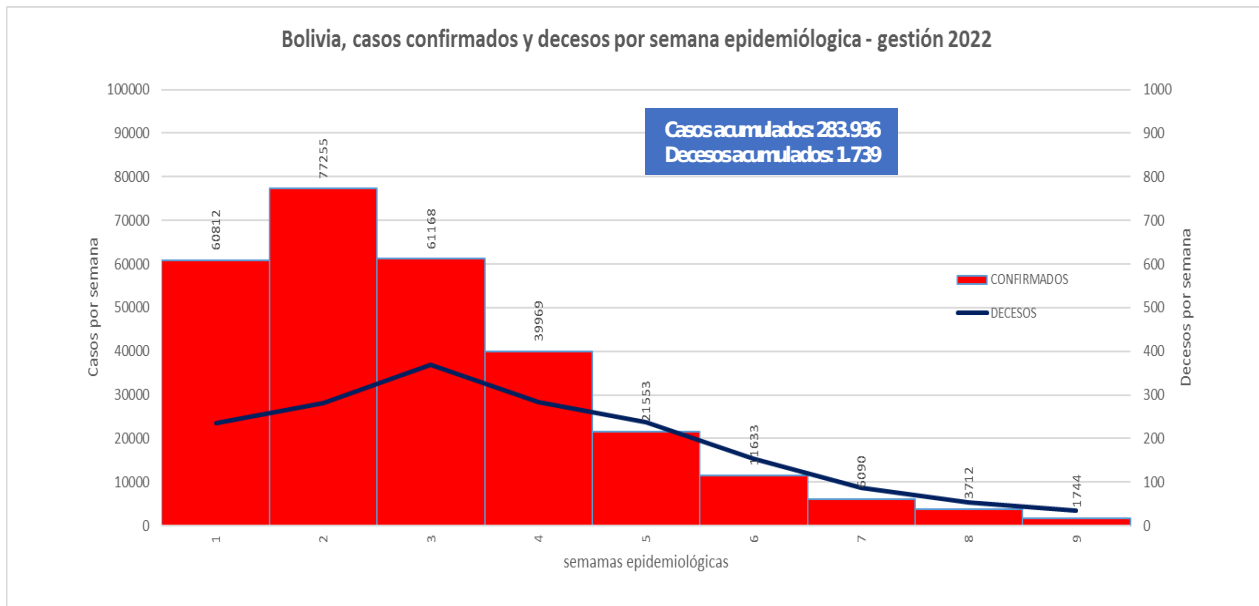
Elaboración: SNIS – VE
Fuente: Reportes SEDES
Fecha de corte: SE 53/2020 (02/01/2021)

Aquí se puede ver claramente el comportamiento del SARS-COV-2 que fue un patrón a lo largo de todas las olas; un inicio sinuoso, con aumento exponencial de casos, para llegar a un pico en forma de meseta, que, en el caso de la primera ola, permaneció por espacio de 6 semanas epidemiológicas, para descender también en meseta hasta la semana 53 del año 2020, donde se inicia la escalada de la segunda ola. De acuerdo al gráfico que exponemos líneas abajo, el comportamiento de la segunda ola, fue distinto, debido en parte a que Bolivia había recuperado la institucionalidad democrática, lo que permitió establecer



acciones de enfrentamiento de la pandemia más ordenadas y sistemáticas; determinar un presupuesto adecuado e implementar los testeos masivos, inicialmente con la compra de 5 millones de pruebas antígeno nasales, pruebas rápidas que fueron gratuitas para toda la población en todo el territorio nacional y también incrementar significativamente el número de testeos por PCR-RT; además de la dotación masiva de equipamiento e insumos a hospitales y centros de salud, así como la contratación de profesionales especialistas de Terapia Intensiva y otras especialidades necesarias para hacer frente a la pandemia.

Elaboración: SNIS – VE
Fuente: Reportes SEDES
Fecha de corte: SE 53/2021 (02/01/2022)



Elaboración: SNIS – VE
Fuente: Reportes SEDES
Fecha de corte: SE 09/2022 (05/03/2022)

La segunda Ola en Bolivia se extendió hasta la semana epidemiológica 8 de 2021, sin embargo, como se puede observar en el gráfico precedente, esta segunda ola nunca desescaló y se juntó con la tercera ola cuyo pico inició en la semana epidemiológica 20, para empezar a desescalar en la semana epidemiológica 26, teniendo el pico en la semana 23.



La cuarta ola en Bolivia inicia, a finales de 2022, pero esta ola es mucho menos intensa y con unos niveles de letalidad muchísimo menor que la primera y la segunda ola; en realidad, desde la tercera ola, los niveles de letalidad en Bolivia, disminuyeron de manera importante, debido principalmente, a que se inició una masiva campaña de vacunación. Al respecto, ahondaremos en detalles más adelante, cuando hagamos referencia a la geopolítica de las vacunas y la forma como Bolivia encaró la política de inmunización de su población.

III. Acciones gubernamentales de contención epidemiológica y social: Situación y respuesta del sistema de salud a la Pandemia

En Bolivia prima la afinidad política partidaria. Es decir, que los bolivianos evalúan positivamente al Estado cuando el partido al que son afines se encuentra en funciones de gobierno; de lo contrario, la percepción de estatalidad, y por ende el cumplimiento de normas y leyes del Estado, es negativa²⁰. En ese marco, la crisis política derivada de las pasadas elecciones presidenciales de octubre de 2019 profundizó aún más la polarización creciente en el país desde el referéndum de 2016. El resultado fue un gobierno transitorio en una sociedad polarizada entre sus partidarios y sus detractores.

Los partidos con fuerte arraigo social gozan de una identidad partidaria robusta y presentan vínculos ideológicos sólidos con sus votantes. En este sentido, cuando un presidente no pertenece a la sigla política de más fuerte arraigo, la implementación y el cumplimiento de políticas públicas, como la cuarentena, es más difícil. Esta dificultad se incrementa cuando la coordinación y cooperación de diferentes poderes del Estado y partidos políticos se encuentra fracturada. El arraigo político-partidista y la fractura de actores políticos en Bolivia contribuyó directamente a la ruptura de la coordinación y el cumplimiento para seguir las medidas de confinamiento necesarias durante una pandemia. Varias protestas antigubernamentales y pro-electorales se llevaron a cabo durante la cuarentena, en violación directa a las medidas de confinamiento. Esta es una de las explicaciones que nos

²⁰ Zuazo Oblitas, Moira en “Cultura política de la democracia en Bolivia. 20 años”. Primera edición, junio de 2019 © Ciudadanía, Comunidad de Estudios Sociales y Acción Pública



ayuda a comprender las actitudes de la población en la primera ola y los resultados de las medidas implementadas por el gobierno de Añez.

La pandemia encuentra a Bolivia con un sistema sanitario muy precario y una oferta en salud insuficiente para atender a toda la población. Si bien un año antes del estallido de la misma, en marzo de 2019, se había implementado en Bolivia el Sistema Único de Salud (SUS) y que está claro que si no hubiera sido por el SUS, muchas más personas hubieran muerto en la primera ola, personas que nunca tuvieron acceso al subsistema público de salud, esto no fue suficiente, porque, como ya lo hemos dicho, la pandemia llega a Bolivia en el medio de una crisis de estado importante al haberse roto la institucionalidad democrática y además en una situación económica que no era de las mejores, producto de la situación mundial en esos momentos que repercutió en el Estado boliviano.

Según los Indicadores de Desarrollo Mundial (WDI por sus siglas en inglés) del Banco Mundial, el gasto total en salud fue de 6,44% del PIB en 2017, por debajo del promedio latinoamericano de 8%. Si bien, el gasto público en salud en proporción al PIB aumentó a 4,4% en 2017 de un 3,2% en 2010 (y, en proporción al gasto total aumentó de 58,8% a 68,5%), la ruptura de la democracia no le dio tiempo al gobierno para lograr establecer un adecuado sistema de salud pública.

Tomando en cuenta hospitales básicos, generales e institutos especializados, en Bolivia se contaba en 2019 con un total de 317 hospitales con una capacidad de 14.481 camas. Esto significa 36.183 habitantes por establecimientos hospitalarios y 781 habitantes por cama hospitalaria. Si bien no existe un estándar del número de camas hospitalarias por población, la relación para Bolivia (1,1 camas por 1.000 habitantes) dista sustantivamente de los países vecinos, como por ejemplo Argentina (5), Perú (1,6), Chile y Brasil (2,2). El país se encontraba en el penúltimo lugar de Sudamérica²¹.

En cuanto a la infraestructura de alta resolución, en Bolivia al momento de la pandemia había un total de 33 hospitales de tercer nivel, públicos son 25 y ocho de la seguridad social, de los cuales, según datos de la Sociedad Boliviana de Medicina Crítica y Terapia

²¹ Carlos Gustavo Machicado S. en “Impacto socioeconómico de la pandemia de la COVID-19 en Bolivia”, ONU Bolivia, agosto 2020



Intensiva, solo 24 tienen terapia intensiva. En general, había un déficit importante en Unidades de Terapia Intensiva (UTI), con solo 430 camas con sus respectivos equipos, 60% de ellos en los centros de salud y hospitales privados, un 20% en cajas de la seguridad social y el 20% restante en hospitales públicos. Según estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Bolivia debería tener 1.150 camas de UTI²².

Bolivia tomó medidas inmediatas para combatir la propagación del virus. Este accionar se vio plasmado en el Decreto Supremo N° 4179, que declara situación de emergencia nacional por la presencia del brote del nuevo coronavirus, y el Decreto Supremo N° 4199, que declara la cuarentena total en todo el territorio boliviano. El 11 de marzo se inició una campaña informativa nacional y el 12 del mismo mes se cancelaron las clases presenciales y también se prohibieron los eventos grandes. Algunos gobiernos departamentales y municipales tomaron sus propias medidas adicionales; varios, incluso antes que el gobierno central. En los siguientes días, y con la firma del Decreto Supremo N° 4192, el gobierno nacional cerró las fronteras, intervino en el transporte y en las actividades económicas y culturales cerrando bares, gimnasios e iglesias. El 17 y 21 de marzo, se firmaron los Decreto Supremos 4196 y 4199, respectivamente. El primero declaró emergencia sanitaria nacional y cuarentena, el segundo. Esta medida incluyó el cierre total de todas sus fronteras. En todo el territorio, no hubo circulación de vehículos, las personas solo podían salir un día a la semana y, en fines de semana, nadie podía salir. Se suspendieron las jornadas laborales tanto en el sector público como privado, todo con el fin de frenar los contagios a nivel nacional. En fecha 11 de mayo, las autoridades decidieron flexibilizar las medidas y optaron por una “cuarentena dinámica” debido al perjuicio económico que la cuarentena total estaba ocasionando. En esta medida “dinámica”, se mantuvieron: el cierre de fronteras, la suspensión de las clases escolares y los eventos públicos masivos, como los deportivos y religiosos.

En el año de inicio de la pandemia, estudios que realizó la consultora Oxford Economics, establecieron que Bolivia era, en ese momento, uno de los 31 países emergentes analizados, que presentaba una mayor vulnerabilidad frente al impacto de la epidemia de coronavirus (Tolosa, 2020).

²² <https://www.la-razon.com/sociedad/2020/03/31/hospitales-camas-terapia-intensiva>



Este estudio analiza un índice compuesto de tres indicadores: la capacidad del sistema de salud, la solvencia fiscal y la mayor o menor dependencia de cada economía de las actividades económicas más golpeadas por la pandemia, tales como el turismo, el petróleo y la minería.

La capacidad del sistema de salud para responder al desafío de la epidemia fue calculada por la relación entre el número de camas hospitalarias y de médicos por cada 100.000 habitantes, que permite determinar la capacidad resolutive intrínseca del sistema y a través del peso que tienen los mayores de 70 años en la población total. El estudio determinó que existían 11 camas de hospital y 16 médicos por cada 100.000 bolivianos; esto significa menos camas que en cualquier otro país latinoamericano considerado en el estudio, y menos médicos que en la mayoría de ellos. Por otra parte, los ancianos son el 4,9% de la población de Bolivia (medio millón de personas), un porcentaje parecido al de otros países de ingresos medio-bajos y muy inferior al que exhiben los países emergentes europeos.

Por último, la economía boliviana está basada principalmente en la venta de materias primas, que constituyen más del 90% de sus exportaciones; durante el año 2020, las materias primas perdieron su valor en el contexto de una grave recesión mundial ocasionada por la Pandemia. Esta situación tuvo como consecuencia más directa, sumado a los grandes hechos de corrupción en todos los ámbitos durante el gobierno de Añez, que Bolivia perdió la capacidad de reactivar las actividades que resultaron más afectadas por el patrón productivo; el daño humano que causó la infección fue mucho mayor al que podría haber causado en otras condiciones económicas y sociales.

La verdadera gravedad del problema se planteó en términos de una evaluación cualitativa del sistema de salud —que se relaciona estrechamente con el tipo de estructura estatal existente— y también, las peculiares condiciones políticas en las que la epidemia encontró al país, con una inmensa crisis estatal y gubernamental, inmerso en unas elecciones generales, con un gobierno ilegal e ilegítimo presidido por una presidenta que a la vez decidió ser candidata y con una fuerte polarización social producto del golpe de estado y sus consecuencias. En este primer periodo, el gobierno de Jeanine Áñez anunció que estaba



tomando medidas para dotar a los laboratorios estatales de los reactivos necesarios para hacer los test de la COVID-19.

En resumen, durante la primera ola de la COVID-19 lo que ocurría en Bolivia, más allá de las tenebrosas imágenes de ataúdes en las calles, tenía como punto de partida, como en casi todos los países del mundo, un deficiente sistema de salud, pero agravado por una lucha de fuerzas políticas. No se contaba con suficientes camas, ni médicos que puedan reemplazar a otros trabajadores de la salud que se hayan contagiado en la primera línea de atención (como tampoco se contaba con un plan de contingencia para el reemplazo de estos profesionales), ni funerarias que puedan enterrar a los ya fallecidos. Al inicio de septiembre, el Ministerio de Salud reportó que 80% de los trabajadores del sistema de salud habían contraído el nuevo coronavirus y 125 médicos habían muerto, dos cifras alarmantes que demuestran la escasez de recursos básicos, como equipamiento de bioseguridad en los centros de salud y de recursos humanos como médicos, enfermeros y técnicos (ABI, 2020). A raíz de esta crisis, se produjeron varias protestas lideradas por el personal de salud exigiendo la provisión de equipamiento adecuado, incluyendo kits de bioseguridad y abastecimiento en hospitales, además de garantías de parte del gobierno de estabilidad laboral.

El gobierno que se instaló en noviembre, nunca tomó medidas de contención ni mucho menos se adelantó de manera eficiente para estar listos ante la eventual llegada del virus a Bolivia. Lo que sucedió entonces con esa falta de preparación, fue una verdadera tragedia humana. El aumento exponencial del número de contagiados y fallecidos por la pandemia en Bolivia rebasó la capacidad de hospitales y cementerios en varias ciudades.

En agosto, las cifras oficiales hablaban de cerca de 3.000 fallecidos y casi 77.000 infectados desde el 10 de marzo, los expertos calculaban que al dato oficial de infectados habría que añadir al menos un 40% más de casos supuestamente no reportados o, incluso, multiplicar esa cifra por dos, para tener un panorama más realista de la crisis.

Las cifras crecieron bruscamente a partir del 1 de junio, cuando el país entró en la cuarentena "dinámica" para la reanudación de varias actividades económicas, aunque con restricciones de movilización. Hasta esa fecha, el Ministerio de Salud boliviano había



reportado la cifra acumulada de 343 muertos y 10.531 casos. En contraste, en la última semana de julio se registraron casi 400 muertos y 7.000 contagiados.

Bolivia contaba en marzo con 490 camas de terapia intensiva, menos de las 1.600 recomendadas para una población de 11,6 millones de habitantes. Después de casi cinco meses, en julio de 2020, el país solo había logrado aumentar su capacidad de camas en UCI a 520.

Al inicio de septiembre, el Servicio de Registro Cívico (SERECI) reportó más de 54.520 muertes registradas en el territorio nacional hasta el 31 de agosto de 2020; en cambio, habían registrado cerca de 35.543 muertes en el mismo periodo de 2019 (Fuente Directa, 2020). La diferencia de casi 19.000 defunciones es mucho más de las 5.027 muertes oficialmente atribuidas al covid-19 en el portal de Bolivia Segura el 31 de agosto de 2020.

Desarrollo de la Pandemia desde sus inicios en territorio boliviano

El 25 de febrero se presentó el primer caso latinoamericano de coronavirus en Brasil. Lo alarmante del asunto estaba en que, a esas alturas, los servicios de salud y las autoridades no habían vislumbrado siquiera protocolos y procedimientos efectivos de atención para los futuros afectados por una enfermedad que era, desconocida en su dinámica y patogenia, muy contagiosa y letal y, por tanto, difícil de contener. En fecha 24 de enero de 2020, profesionales en salud de forma pública manifestaron su preocupación por que, a esa altura, Bolivia aún no contaba con medidas preventivas de bioseguridad para la COVID-19, así lo expresaron al señalar: “(...) *que el país no cuenta con medidas de bioseguridad en hospitales y aeropuertos internacionales para atender posibles casos sospechosos de Coronavirus. Explicaron que en los aeropuertos deberían contar con una sala de aislamiento*”.²³ En una posible respuesta a esta inquietud, conforme reportes de prensa, el Gobierno instaló, el 11 de febrero de 2020, puntos de prevención de bioseguridad contra el coronavirus en los aeropuertos de El Alto, Cochabamba y Santa Cruz, para procurar garantizar y cuidar la salud de la población boliviana²⁴.

²³ <https://www.atb.com.bo/sociedad/bolivia-no-tiene-medidas-de-bioseguridad-para-posibles-casos-de-Coronavirus-seg%C3%BAAn-especialistas>



El personal médico y sanitario, no estaba capacitado para enfrentar semejante reto. Tampoco había información oficial sobre algunos asuntos cruciales en una circunstancia tal, como el número de ventiladores mecánicos con los que se contaba para tratar de salvar la vida de los pacientes graves o con complicaciones, o la capacidad diagnóstica instalada en Bolivia. Solo había un laboratorio en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra La realización de las pruebas estaba circunscrita a un solo laboratorio en Santa Cruz, y los resultados se lograban recién a los dos o más días después de realizada cada prueba. El gobierno no sopesaba la gravedad de lo que se le avecinaba.

El 11 de marzo de 2020, dos bolivianas llegadas de Italia, dieron positivo para COVID-19. A la ausencia total de la preparación del sistema sanitario, el desconocimiento del comportamiento real del virus y el miedo cundió también entre el personal de salud que se rehusaba a atender a estos pacientes, un poco por estos sentimientos subjetivos, pero también en gran medida por el abandono estatal y la falta de insumos y protocolos de atención adecuados; la primera paciente peregrinó interminablemente, puesto que los trabajadores de cuatro hospitales de Santa Cruz, en “alianza” con algunos vecinos de esos centros²⁵. La reticencia del personal de salud se mantuvo y fue uno de los principales problemas sanitarios del país. La primera ola produjo muchísima mortalidad entre los trabajadores de la salud, lo que produjo mucha desesperación en el gremio.

Debido a la debilidad del sistema de salud, la única arma efectiva con que cuenta Bolivia para amortiguar el impacto de la epidemia es la cuarentena. Aquí la cuarentena no solo busca mantener los servicios médicos despejados, sino que funciona, en los hechos, como un mecanismo de supresión de la necesidad de usar estos servicios (cuya respuesta no es posible prever).

Esto induce al gobierno a absolutizar y radicalizar la medida. Se declaró el “estado de emergencia sanitaria” y se procedió al cierre total de las fronteras. Durante la cuarentena, los vehículos no podían circular y cada persona tenía asignado un solo día para salir de su casa a aprovisionarse. El Ejército y la Policía se movilizaron a la calle y esta represión

²⁴ <https://www.presidencia.gob.bo/index.php/prensa/noticias/1189-gobierno-instala-puntos-de-prevencion-contr-el-Coro-navirus-en-aeropuertos-de-la-paz-cochabamba-y-santa-cruz>

²⁵ <https://www.efe.com/efe/america/sociedad/impiden-el-ingreso-de-una-paciente-con-coronavirus-a-hospitalespñenpñbolivia/20000013-419370pñ>



produjo diariamente decenas de detenciones de infractores; estas detenciones no estuvieron libre de denuncias sobre abusos por parte de los uniformados. Al mismo tiempo, el contagio de algunos militares hizo que ciertos regimientos decidan “replegarse” a sus cuarteles.

A las dos semanas de iniciada la cuarentena, esta se ha hecho más difícil de sostener. Las familias que vivían de pequeños negocios, como vender comida en la calle o de labores domésticas en otras casas, y que han perdido estas fuentes de ingreso. Puesto que estas familias, por lo regular, carecen de ahorros, sufrieron graves dificultades para comprar alimentos. También se han produjeron protestas en distintos puntos del país: grupos de vecinos marcharon sobrepasando a las fuerzas del orden: “El gobierno nos encierra, el hambre nos va a matar”, decía un cartel de una de estas marchas.

En ese periodo, el gobierno decidió establecer algunas ayudas para los grupos más vulnerables; se entregó entre 60 a 70 dólares a los mayores de 60 años, a las mujeres embarazadas, a los discapacitados y a los niños que cursan el ciclo educativo primario. También ha ordenaron descuentos en los servicios básicos, los cuales no podían ser suspendidos durante la cuarentena.

Otras medidas adoptadas por el gobierno, como la postergación del pago de créditos e impuestos, o la disminución del 50% de los cánones de alquiler de vivienda beneficiaron principalmente a los trabajadores formales, que constituyen un 30% de la fuerza laboral del país.

¿Estado ausente o aparente?

La sociedad boliviana es muy fuerte, en tanto que el Estado, entendido como aparato burocrático encargado del “bien general” —según la clásica definición weberiana—, y como red de instituciones a las que se les reconoce y permite el uso del poder legítimo, resulta muy débil²⁶. Es una sociedad fuerte porque está estrechamente organizada en un denso tejido de relaciones interpersonales y corporativas; en “grupos de interés” que, como siempre frente a cualquier acontecimiento que los involucra directamente, se manifestaron

²⁶ Obra completa, René Zavaleta Mercado. Plural Editores, 2011



frente a la epidemia con el objetivo de precautelar sus propios asuntos. Un ejemplo de esto es el Colegio Médico que salió al paso durante los primeros días de la pandemia en un intento de defender a sus afiliados de la onerosa tarea que estos deberían cumplir: atender a la población contagiada con el coronavirus. Esto fue posible porque, durante este periodo político en Bolivia, el Estado brillaba por su ausencia. Cuando Añez asume el poder todo su entorno perteneciente a las contraélites desplazadas por catorce años de gobierno indígena, imaginaron que serían capaces de establecer un “Estado fuerte”, despojado del corporativismo de los movimientos sociales, sin embargo, pero cuando llegaron a gobernar impulsaron a la sociedad contra el Estado. Cuando el verdadero Estado nace, es una valiosa fuerza civilizadora. El Estado es la única maquinaria capaz de llevar a la práctica las ideas, las aspiraciones, la ciencia constructiva y la voluntad de enmienda de los seres humanos. Es su instrumento de libertad (aunque en ocasiones también pueda ser, reverso siniestro, la garantía de su opresión). La vida en una sociedad sin un Estado real es posible. Pero es una vida peligrosa, según nos mostró el desesperado momento por el que pasó Bolivia desde noviembre 2019 a octubre 2020, cuando por fin se recuperó la democracia.

La Pandemia en Democracia o el Estado presente

Con el gobierno democrático del Presidente Luis Arce, y ante una pandemia de múltiples fases (olas), se abandona el concepto de contención con cuarentenas y se trabaja en tres ejes centrales acompañando las medidas con mayor conciencia de la población boliviana:

- 1) testeos masivos,
- 2) vacunación gratuita y
- 3) fortalecimiento del sistema sanitario desde el nivel central.

Desde ese primer día de gobierno, tuvo como desafío enfrentar la crisis sanitaria, es esta vez en una segunda ola. Aplicó una estrategia de lucha contra el COVID-19 con tres pilares: la vacunación masiva, la inmunización a partir de la población de acuerdo a riesgo y la coordinación con los distintos niveles de Estado con participación de la sociedad a través de sus organizaciones.

El Gobierno adoptó medidas integrales ante el avance acelerado de la segunda ola de contagios por la pandemia del COVID-19. Adquirió 2,2 millones de pruebas, de las cuales



1,6 millones corresponden a las antígeno nasal y 556.027, a reactivos para PCR. La adquisición de vacunas, pruebas diagnósticas, medicamentos, dispositivos médicos, insumos, reactivos, equipamiento médico, así como otros bienes, obras y servicios, para la contención, diagnóstico y atención del COVID-19 fue posible mediante la contratación directa. El diagnóstico temprano permitió hacer frente a la enfermedad en sus primeras manifestaciones de manera oportuna en varias regiones del país. Tuvo como resultado la identificación temprana de contagios y la disminución de la letalidad.

En la gestión 2020, durante 245 días se efectuaron 195.194 pruebas contrastadas con las 1.562.570 pruebas efectuadas hasta el 10 de julio de 2021 (245 días) en el Gobierno del Presidente Luis Arce, es decir que se hicieron más de 8 veces la cantidad de pruebas que en el gobierno de facto en similar rango de tiempo; lo que trae como resultado una mayor detección de casos positivos, siendo ésta la principal causa para observar más casos²⁷.

El testeo masivo a nivel mundial ha sido catalogado como una buena práctica porque permite no solo detectar y romper cadenas de transmisión en la población, sino también una intervención temprana y la reducción de las complicaciones y en última instancia de los decesos.

También, destacaron resultados de gestión como los contratos con laboratorios como Gamaleya de Rusia y el Instituto Serum de la India para acceder a vacunas Sputnik V garantizando 5,2 millones de dosis y AstraZeneca (Oxford) con 5 millones de dosis, además de haber logrado acceder a vacunas a través del mecanismo COVAX, lo que significa 5,1 millones de dosis. El 28 de enero, Bolivia se convirtió en el segundo en la región en recibir las vacunas Sputnik V después de Argentina y uno de los primeros en el mundo. Esa jornada, recibió 20 mil vacunas Sputnik V. El 2 de febrero, el Ministerio de Salud y Deportes completó el envío de las dosis a los nueve departamentos para la vacunación del personal de salud que atiende en primera línea. Se comenzó con la inmunización masiva.

A eso sumó un cargamento de 500.000 vacunas Sinopharm de China que llegó al país el 24 de febrero, dosis gestionadas por el Gobierno nacional para la vacunación masiva contra el

²⁷ Plan de desarrollo económico social 2021 - 2025 - ministerio de planificación del desarrollo



virus. En el mismo embarque, se transportaron 102.400 jeringas de donación y respiradores que fueron abandonados en la gestión de Áñez en la embajada boliviana en China. Al día siguiente, comenzó en el país la vacunación masiva a personas con enfermedad de base.

La lucha contra el COVID-19 es una prioridad de las políticas públicas en Bolivia. A un año de la pandemia, el Plan Nacional de Vacunación se aplica con el objetivo de inmunizar a 7.180.428 bolivianas y bolivianos mayores de 18 años en todo el país. La estrategia se basa en el Artículo 37 de la Constitución. Establece que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Con ese objetivo, debe priorizar la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Según datos oficiales del PAI, de 7.180.428 personas a beneficiarse, 179.667 corresponden a personal de salud; 1.317.561, a personas con enfermedad de base; 1.191.515, a personas de 60 años en adelante que serán inmunizadas en una primera fase. La segunda etapa está designada para las personas sanas de 18 a 59 años, donde se incluye a periodistas, maestros, distribuidores de alimentos, empleados públicos, municipales, transportistas, policías, militares y otros. Se prevé beneficiar a 4.491.685.

Mediante la promulgación de la Ley de Emergencia Sanitaria el 17 de febrero de 2021, se aplican medidas de inmunización. Los procesos de vacunación autorizados son gratuitos y no deben representar ningún tipo de costo para los beneficiarios. Es voluntario y se aplica con previo consentimiento informado. Asimismo, 3.025 médicos, enfermeras y auxiliares de salud fueron beneficiados con contratos que aprobó el Gobierno para reforzar la lucha contra el COVID-19. A eso se suma, la Ley Financial 1356 del Presupuesto General del Estado (PGE) 2021 que garantiza el 10% de presupuesto para salud.

Respecto a medicamentos, el Estado boliviano ahorró \$us 9.445.330 en la compra a la India sin intermediarios de Remdesivir, Meropenem, Propofol, Dobutamina clorhidrato y Vancomicina. Si bien el Gobierno podía comprar los fármacos al precio referencial nacional y destinar \$us 11.104.190, decidió ir al proveedor directo y consiguió la compra a \$us 1.658.860 en la cantidad requerida. El lote fue destinado gratuitamente para la atención en unidades de terapia intensiva en todo el país. El 26 de febrero, llegó el segundo lote de



medicamentos esenciales para COVID-19 consistente en 1,25 millones de inyectables. El resultado en costo es el ahorro de 87% en relación con el precio referencial para estos productos, fijado por la lista Nacional de Medicamentos Esenciales. Esto significa que de los \$us 9.867.070,40 establecidos en precio referencial, el Estado boliviano solo pagará \$us 1.313.880,00 aproximadamente²⁸.

Estas acciones se mantienen hasta el momento que se escribe este ensayo; a la fecha un poco más de 4.7 millones de personas ya han recibido la primera dosis de vacunas, y un poco más de 4 millones de personas están con dos dosis y un poco más de un millón tiene dosis de refuerzo. La vacunación no ha ido con el ritmo esperado, puesto que durante los primeros meses de 2021, se había programado que hasta noviembre de 2021, se hubiera terminado con la vacunación de 7,8 millones de bolivianos y bolivianas, sin embargo, muchos factores han impedido que se logre esta meta, entre los que se puede resaltar, la escasez de vacunas a nivel mundial, que ha retrasado la llegada de las vacunas de acuerdo al cronograma inicial y la reticencia de muchos grupos de anti vacunas a usarlas. Sin embargo, el balance es positivo; la pandemia viene resolviendo una cuarta ola que, si bien presentó muchos más casos que las olas anteriores, fueron casos leves, que en su mayoría no requirieron de hospitalización y que se resolvieron con medidas de sostén domiciliario. El comportamiento de esta ola demuestra lo que epidemiólogos y científicos de todo el mundo ya sabíamos inclusive al inicio del problema, que solamente la vacunación permitiría vencer al virus y que esta enfermedad llegue a ser una endemia en todo el mundo.

Aún falta mucho para que esto sea realidad, pero Bolivia ve en camino con éxito relativo; se puede aseverar que la presencia del estado boliviano desde la recuperación de la democracia ha sido fuerte, en términos de resolución de la crisis sanitaria; todos los estamentos del gobierno, especialmente el central pero también los gobiernos subnacionales, en un contexto autonómico, han respondido con acciones concretas que han dado resultados.

²⁸ Informe del Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia marzo 2021: <https://comunicacion.gob.bo/?q=20210217/31834>



El fortalecimiento del subsistema público de salud y del subsistema de la seguridad social, ha abierto posibilidades a la población de contar con tratamiento oportuno cuando lo requerían. Aún persisten problemas, como el que las Unidades de Terapia Intensiva no son suficientes y que el modelo sanitario imperante, juega en contra a la hora de la contratación de recursos humanos, puesto que la burocracia es pesada y la impericia en la ejecución de los fondos ha sido una característica importante

De todas formas, el contraste es enorme y si bien se tuvo que seguir lamentando muchas muertes en la segunda y tercera ola de la COVID-19, la presencia fuerte de un estado que resolvía la crisis en la medida de sus posibilidades, luego de la recuperación de la democracia y la reversión de una inmensa crisis estatal, ha sido verdaderamente notable.

IV. La determinación social de la salud como productora de las desigualdades sociales profundizadas por la pandemia

Las diferencias entre la determinación social y los determinantes sociales de la salud no son sólo conceptuales, son también ético-políticas. Conllevan rutas y apuestas divergentes, explicaciones distintas sobre la causalidad y el riesgo en salud con implicaciones esenciales en las relaciones de poder, en la concepción de la ética y en la comprensión del proceso salud enfermedad.

Ya desde el siglo XVII en la Europa occidental, y desde el siglo XVIII en el ámbito latinoamericano, la comprensión social de la salud ha estado presente en los estudios sanitarios^{29 30}. Pero fue en el siglo XIX, debido al despliegue de la revolución industrial, con sus dinámicas de urbanización, pauperización y crecimiento de las clases trabajadoras, cuando los vínculos entre salud y sociedad se hicieron más notorios y cuando la salud como fenómeno social se analizó con mayor interés y precisión en medio de la agitación política y la reorganización estatal³¹. Desde entonces, no solo cobró importancia la medicina social, sino que, desde diferentes perspectivas, se generaron las bases para pensar, de una manera

²⁹ Rosen G. De la policía médica a la medicina social. México: Siglo XXI editores; 1985.

³⁰ Breilh J. Espejo epidemiólogo, nueva lectura de sus ideas científicas. En: Naranjo P, Fierro R (editores). Eugenio Espejo: Su época y su pensamiento. Quito: Corporación Editora Nacional; 2008.

³¹ Rosen G. A history of public health. Expanded edition. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1993



más sistemática y científicamente fundada, la cuestión de la salud en las sociedades. A su vez, se hizo más clara la importancia de diferenciar el contexto social e histórico que da origen a los distintos enfoques sociales de la salud^{32 33}En este devenir histórico, que cobró gran vigor en la segunda mitad del siglo XX, se configuraron dos enfoques epidemiológicos principales en torno a la comprensión social de la salud: el primero derivado del saber epidemiológico clásico pero convertido en epidemiología social anglosajona, base del enfoque de **LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD**, y el segundo ejercido como propuesta alternativa a la epidemiología clásica y devenido en la medicina social y salud colectiva latinoamericana, base del enfoque de **LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD**³⁴³⁵

Cabe señalar que las dos vertientes de la epidemiología social reconocen la importancia del campo social de la salud en interacción con la biología, relevan la relación entre pobreza, condiciones de trabajo y enfermedad como elementos clave del proceso salud enfermedad y establecen que los procesos sociales macro, condicionan los patrones de salud y enfermedad en lo micro³⁶.

Sin embargo, las diferencias de los enfoques aparecen al analizar sus supuestos ontológicos, epistemológicos y praxiológicos³⁷, estos últimos referidos a los referentes

³² Arouca S. El dilema preventivista. Contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2008.

³³ Desrosiers G. Évolution des concepts et pratiques modernes en santé publique. Ruptures 1996; 3(1):18-28.

³⁴ Almeida-Filho N, Silva-Paim J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales. 1999; 75: 5-30.

³⁵ Nogueira RP. Determinantes, determinação et determinismo sociais. Saúde Debate. 2009; 33(83): 397-406

³⁶ . Eibenschutz C, Tamez S, González R. ¿Determinación social o Determinantes sociales de la salud? México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2011.

³⁷ **Praxiología:** (griego praktikos: activo.) Esfera de las investigaciones sociológicas, que estudia la metodología del análisis de las distintas acciones o los conjuntos de ellas desde el punto de vista del establecimiento de su eficiencia. Es uno de los métodos de las investigaciones sociológicas modernas. La esencia de este método consiste en la investigación práctica (e histórica) y la caracterización de los diversos hábitos y procedimientos laborales, la aclaración de sus elementos y la formulación, sobre esta base, de distintas recomendaciones de carácter práctico. La praxiología se ocupa de la historia de las categorías mencionadas, así como de las investigaciones concretas del trabajo de colectividades, del análisis de las formas de organización del trabajo, su especialización y de los factores subjetivos (mucho menos, también de los objetivos) del cambio de la organización y el grado de eficiencia del trabajo. La praxiología examina la interacción de los individuos, así como del individuo y el colectivo en el proceso de producción.



ético-políticos^{38 39}. Así, por ejemplo, mientras que los Determinantes de la salud entienden la sociedad en su realidad poblacional, como sumatoria de individuos, la Determinación social de la salud asume la sociedad como totalidad irreductible a la dinámica individual. Mientras que los Determinantes de la salud sostienen una perspectiva funcionalista de la sociedad, con privilegio de la idea de homeostasis como pauta y de cualquier alteración como desviación, la Determinación Social de la Salud sostiene una perspectiva conflictual de la sociedad que implica una relación dialéctica entre lo biológico y lo social, en una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social, mediante procesos de producción y reproducción social. Los Determinantes de la Salud ven lo subjetivo referido al individuo y separado de lo objetivo y de lo social que lo contiene. De allí que las condiciones de vida se entiendan como factores de riesgo sin historia, cuya relación con el individuo está dada por la probabilidad, en un lugar y tiempo definido⁴⁰ Definen la estratificación social con base en los contextos sociales los cuales determinan la salud por las diferencias en educación, ubicación laboral, ingresos y cohesión social de los individuos y los determinantes intermedios se concretan en las condiciones de vida de la gente por medio de la exposición y vulnerabilidad diferenciales de los individuos⁴¹⁴².

La Determinación social en salud, por su parte, identifica distintas formas y jerarquías de la determinación de los procesos de salud y enfermedad humanos para comprender la dialéctica de lo humano y la génesis de las desigualdades e inequidades. No privilegia ni al sujeto ni a la sociedad, recoge en la categoría de modos de vida tanto procesos de producción, como de reproducción, deterioro y desgaste, y niveles del proceso salud enfermedad en lo singular, particular y general. Es por esto que los sujetos no están expuestos a un medio ambiente externo a ellos ni reciben el efecto de factores de riesgo

³⁸ Guba EG, Lincoln YS. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging influences. In: Denzin NK, Lincoln YS, eds. The Sage Handbook of Qualitative Research. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: SAGE publications 2005. p.p. 191-215.

³⁹ Hernández M. Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. En: Eibenschutz C, Tamez S, González R. ¿Determinación social o Determinantes sociales de la salud? México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2011.

⁴⁰ . Eibenschutz C, Tamez S, González R. ¿Determinación social o Determinantes sociales de la salud? México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2011.

⁴¹ Marmot M, Wilkinson RG (eds). Social Determinants of Health. New York: Oxford University Press; 1999.

⁴² Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. Bases sociales de las disparidades en salud. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhulya A, Wirth M. Desafío a la falta de equidad en salud: de la ética a la acción. Washington. OPS. 2002: 13-25



contenido en este ambiente. Los sujetos están subsumidos en los modos y condiciones de vida impuestas por un todo social ⁴³.

Implicaciones praxiológicas

Hay que señalar que los Determinantes de la Salud confieren mayor potencial de cambio a las acciones estatales orientadas a fortalecer las políticas y programas sociales, los acuerdos económicos y la gestión política⁴⁴ sin cuestionar las bases estructurales de las inequidades en salud que están relacionadas con el modelo de acumulación capitalista. La Determinación Social de la Salud a su vez, otorga peso a los cambios en la correlación de fuerzas sociales y a la transformación de la calidad de vida con base en la contra-hegemonía de las clases subordinadas frente al poder económico, ideológico y político de las clases dominantes⁴⁵. Los Determinantes se inscriben en la noción liberal de justicia, según la cual se acepta como justo la acción individual moralizante que conlleva castigo sobre los enfermos^{46 47}. La política de salud desde esta noción, propende por el logro de igualdad mediante acciones de justicia distributiva con subsidios cruzados, beneficencia y cooperación. Para los enfermos esto conlleva un grado de vulnerabilidad o victimización para acceder a este tipo de política.

Para los Determinantes de la salud, una sociedad justa se caracteriza por proporcionar un alto grado de libertad a todos sus miembros por igual. Esto implica que las desigualdades

⁴³ Breilh J. Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Buenos Aires: Lugar editorial; 2003.

⁴⁴ OMS-Organización Mundial de La Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Ginebra. 2005. [Internet]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf

⁴⁵ Breilh J. Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Buenos Aires: Lugar editorial; 2003.

⁴⁶ . Hernández M. Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. En: Eibenschutz C, Tamez S, González R. ¿Determinación social o Determinantes sociales de la salud? México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2011.

⁴⁷ Almeida Filho N. A problemática teórica da determinação social da saúde. En: Nogueira RP (Org). Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: CEBES. 2010: 13-36. [Internet]. Disponible en: <http://www.cebex.org.br/media/File/Determinacao.pdf>.



de salud en sí mismas no son intrínsecamente problemáticas, ya que las desigualdades que son el resultado de elecciones libres de una persona son aceptables y justas⁴⁸. Este enfoque parte de una postura de justicia liberal redistributiva basada en la idea de que el individuo desarrolla capacidades o funcionamientos valiosos al decidir en libertad sobre su salud y su enfermedad. La política o la acción en salud lo que hace es compensar a favorecer la recuperación de dicha libertad del individuo. De allí la aceptación de la lógica de los subsidios condicionados para corregir un comportamiento individual. En cambio, la inequidad social desde la Determinación, es entendida como resultado de las desigualdades sociales en las relaciones de poder y de dominación. Dichas relaciones enajenan al sujeto de sus posibilidades de realización vital, en tanto configuran una matriz de “triple inequidad” conformada por la inequidad de género, de etnia y de clase social. Dicha matriz se articula a las formas de producción capitalista y produce inequidades sociales e inequidades en salud⁴⁹. Al ser la inequidad producto de la desigualdad en las relaciones de poder, su estudio y análisis implica identificar las inequidades en las relaciones de producción y de reproducción social y en el ejercicio de poder social en los ámbitos local, regional y global⁵⁰. Por ello, la participación política de los sujetos en las relaciones de poder es esencial para identificar los procesos de transformación social y para construir efectivos procesos de emancipación.

La COVID-19, vista desde la determinación social de la salud, es la imagen descarnada de la inequidad. Es una etapa extremadamente difícil, qué duda cabe, pero la extrema adversidad es también una oportunidad para repensarnos. La gravedad de los períodos de calamidad social se puede evaluar desde varias perspectivas: la magnitud de los hechos, su poder para afectar la vida, su grado de impacto en la conciencia y memoria social, y la capacidad de resistencia y reacción de la sociedad que los padece.

⁴⁸ Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services* 1999; 222 (3): 429-445.

⁴⁹ Breilh J. *Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar editorial; 2003

⁵⁰ Cebes, *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Roberto Passos Nogueira (Organizador) Rio de Janeiro: 2010. [Internet]. Disponible en: <http://www.cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf>



En una discusión sobre los distintos usos que se le han dado al concepto Determinación Social de la Salud, Breilh apunta tres definiciones que son utilizadas frecuentemente en el campo científico. La primera, es la determinación como características definidas de un proceso, la segunda tiene que ver con relaciones de univocidad y la tercera con modos de devenir. Esta última acepción, nos dice el autor, explica mejor la génesis de los procesos sin llevarnos hacia el determinismo. Esto nos conduce a la fenomenología, y entonces determinación no tiene que ver con la medición de relaciones, ya necesarias, ya probabilísticas; sino con la condición subjetiva de nuestra humanidad ¿Pero de qué manera puede ser aprendido su carácter histórico en su totalidad y complejidad? Si entender la determinación como modo de devenir nos guía hacia la comprensión de la génesis de los procesos, se debe decir entonces que la historicidad del proceso salud-enfermedad no se explica únicamente por la presencia de ciertas enfermedades a lo largo de un periodo. Un acontecimiento histórico no es algo que ha quedado atrás en el tiempo, sino que adquiere permanencia en y a través de la actividad humana, y es esta misma permanencia lo que hace que se continúe. Así, la enfermedad como determinación, no es sólo un acontecimiento que ocurre en el tiempo, sino que el tiempo transcurrido del sujeto en su entorno de producción y reproducción social es el que explica la presencia de la enfermedad⁵¹.

V. *La Epidemiología crítica y el replanteamiento hacia una praxis emancipadora hacia el derecho a la salud*

Porque es la única forma que tenemos para comprender de manera integral el fenómeno de la pandemia, es importante enlazar los casos de enfermedad y muerte debida al SARS-COV-2 con los procesos de la sociedad general, incluyendo sus relaciones con la naturaleza, con los modos de vivir y aconteceres de los grupos en sus respectivos espacios, y ligando todo ese complejo movimiento con lo que sucede con las personas, con los aspectos tanto saludables como malsanos de sus estilos de vida.

⁵¹ Breilh J. Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Buenos Aires: Lugar editorial; 2003



Se debe mirar la complejidad de la Pandemia, no solamente como el “pico del iceberg”, puesto que urge buscar las claves más allá de los modelos formales de casos de enfermedad, muerte, estadísticas de servicios y recursos disponibles; debemos abarcar la esencia total de este proceso epidémico masivo, excluyendo del análisis el pensamiento cartesiano, para el cual la realidad se reduce a la detección y contabilidad de factores, el tiempo se congela en un eterno presente produciendo una mirada estática, congelada la pandemia, en la que el pasado que la genera no cuenta y el futuro no existe como opción distinta al presente concebido como una constante normalidad.

Buscamos desentrañar aquellos procesos que generan la pandemia, más allá de lo simple y aparente. Y aquí nos enfrentamos a un dilema bioético que está en permanente juego cuando las autoridades de turno deciden sobre el sistema de prioridades, desde el escritorio y a espaldas de la sociedad real.

El escenario del mundo donde irrumpe la pandemia es muy complejo y, desde el ámbito sanitario, no encontramos mejor método de análisis que la Epidemiología Crítica, nacida de las vertientes de la medicina Social en los años 70 como respuesta crítica a las medidas de ajuste estructural que propugnaban a la salud como un tema privado, aislado del devenir de los pueblos y de sus formas de gobierno, hasta los tiempos actuales, donde se ha incidido en varios núcleos académicos trabajando contra la mirada sanitaria neoliberal y sus implicancias. Es la epidemiología crítica quien posa su mirada en el contexto donde se desarrolla el individuo y su medio y establece que es este medio con sus formas de existir, de ganar dinero, de consumir y de transcurrir, los que producen la determinación de un tipo u otro de salud en los individuos, así como las formas de acceder a esta salud.

Se puede afirmar que la epidemiología crítica puede ayudar a la realización de análisis más duraderos y generalizadores acerca de los acontecimientos actuales en materia de salud. Fue articulada desde mediados de la década del ‘70 del pasado siglo, y luego desarrollada por autores en su mayoría latinoamericanos. Al decir de Breilh⁵² el punto de partida de su construcción teórica se fundamenta en una relectura crítica de dos vertientes

⁵² Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev Fac Nac Salud Pública [revista en Internet]. 2013 [cited 1 Oct 2020] ; 31 Suppl 1: [aprox. 30p]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002.



epistemológicas encabezadas por Kuhn y Bourdieu. Del primero, para rescatar la visión dialéctica del pensamiento científico, su naturaleza social, transformabilidad y el carácter revolucionario dado por la oposición de ideas innovadoras frente a los aspectos tradicionales caducados y del segundo, la ponderación del papel activo del conocimiento científico y del investigador como sujeto trascendente y agente en acción. El contexto de la pandemia de la COVID-19 y sus causas en varias dimensiones (internacional, nacional, económico, cultural, clasista, entre otras) solo puede ser comprendido a profundidad desde las categorías y los análisis de la epidemiología crítica. Entre los autores más prolijos y emblemáticos de la epidemiología crítica se encuentra Jaime Breilh; este la describe como *"el estudio interdisciplinario e intercultural de los procesos que determinan la producción y distribución de la salud colectiva, los cuales abarcan el conjunto de relaciones sociales, ideas y prácticas organizadas que llevan a efecto los seres humanos para realizar su reproducción social como grupos cohesionados alrededor de los intereses estratégicos que impone el sistema económico-político, de acuerdo a su inserción económica de clase, filiación cultural y de género, así como también como estrategias en el dominio individual. Este conjunto de procesos debe ser estudiado articuladamente para desentrañar las raíces socio-ambientales de los problemas de salud y comprender las expresiones bio-psicológicas que se muestran en el fenotipo y genotipo de las personas..."*⁵³

Por eso la epidemiología es un terreno de lucha de ideas, un territorio de disputa sobre cómo enunciar la salud y cómo actuar y esa disputa obedece a intereses sociales encontrados. En esa medida, la disciplina comparte con todas las demás, la característica consustancial de toda ciencia de ser una operación simbólica, y por lo tanto es "... una expresión transformada, subordinada, transfigurada, y algunas veces irreconocible de las relaciones de poder de una sociedad"⁵⁴, y en nuestro caso, dichas relaciones implican la imposición de un sistema de explotación social y de la naturaleza, que reproduce sociedades no sustentables, inequitativas y malsanas.

⁵³ Breilh J. Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio: repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud. Rev Bras Epidemiol [revista en Internet]. 2015 [cited 1 Oct 2020] ; 18 (4): [aprox. 12p]. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2015000400972&script=sci_abstract&tlng=es.

⁵⁴ Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1998. p.60-61



La salud colectiva se ocupa del proceso colectivo en el que se producen y reproducen las condiciones sociales que llevan a enfermar y morir de una manera específica a los grupos humanos, según su inserción en el proceso de producción. Desde la salud colectiva, los patrones de producción y consumo son considerados determinantes fundamentales del proceso salud-enfermedad, pues es a partir del estudio de las contradicciones entre valores de uso y fuerzas deteriorantes, generadas por el modo en que se organizan y reproducen socialmente los grupos humanos, que se pueden entender los problemas de salud-enfermedad²¹.

Al concebir la salud-enfermedad como un proceso colectivo de producción y reproducción social, la salud colectiva sostiene que este proceso está determinado por el desarrollo de las fuerzas productivas, las relaciones de producción y la ideología del grupo dominante, porque son estas formas específicas con las que el hombre entra en contacto con la naturaleza y la transforma socialmente. Es decir, que la forma en la que el humano se apropia de la naturaleza está determinada por el modo de producción en una formación social determinada, pero además, por cómo se articulan entre sí distintos modos de producción o formaciones sociales en un momento histórico específico²². A su vez, el modo de producción implica un tipo de desarrollo de las fuerzas productivas y un tipo, a su vez, de relaciones de producción e intercambio, que determinan la frecuencia y distribución de la salud-enfermedad en los colectivos. Dicho de otra manera, lo que los hombres hacen determina la salud-enfermedad como fenómeno material, que todavía no es pensado por el hombre; la forma en que es caracterizado el fenómeno material define el proceso salud-enfermedad. Este carácter doble, ideológico y material del fenómeno biológico individual, es lo que le da su carácter de determinación social.

El proceso salud-enfermedad adquiere historicidad por que los procesos donde tiene lugar son circunstancias de los individuos que han construido en el devenir y cada una de esas circunstancias está definida en condiciones y contextos específicos de la sociedad; es decir, que no se puede dar cuenta de ello al margen del momento histórico en el que se desarrolla¹⁸. Esta es una premisa que ha definido la mirada de la medicina social y la salud colectiva. En este campo de conocimiento los mayores aportes en torno al concepto de



determinación se han dado desde el plano metodológico y epistemológico; no obstante, es necesario volver a plantear la pregunta, no sólo desde estos planos de análisis, sino también y primariamente, desde el plano ontológico.

Como diría Donnangelo⁵⁵, desde este paradigma se incorporan las nociones de proceso y de lo colectivo. Mientras en la epidemiología convencional se enfoca fundamentalmente procesos individuales y lo social aparece apenas como “variables” externas que inciden en estados patológicos de personas, la epidemiología social asume los procesos colectivos o grupales como elemento irreductible a lo individual, y espacio de intervenciones.

De ahí la necesidad de asumir una lógica dialéctica que mantenga con vida los dos polos del movimiento de determinación (individual y colectivo) pero entendiendo el papel de cada uno; un proceso de generación de cambio que va de lo micro (individuo, más simple) hacia lo macro (social, más complejo); al que se opone dialécticamente un proceso de reproducción de las condiciones generales de la sociedad. Visto así el orden de cosas, la salud no obedece a un orden exclusivamente individual, sino un que es proceso complejo, socialmente determinado, aspecto que muchas veces desaparece del pensamiento en la salud pública, debido al predominio de una visión biomédica, que reduce la problemática al estrecho espacio de los trastornos individuales, que también se previenen y se curan de manera individual.

La determinación social va y viene dialécticamente entre las dimensiones general, particular y singular: se reproduce de lo general a lo particular, y se genera de lo particular a lo general. En el proceso se dan formas de subsunción en las cuales los procesos de la dimensión más simple se desarrollan bajo subsunción respecto a las más complejas y entonces aparece que la relación social-natural, o social biológico, ocurre como un movimiento entre partes de un todo concatenado que es la naturaleza. Claro que las partes implican niveles de complejidad variables, sujetos a ciertas condiciones dinámicas que tienen una estabilidad apenas relativa.

⁵⁵ Donnangelo C. Aula em Curso de Medicina Social. São Paulo: Associação dos Sociólogos do Estado de São Paulo; 1982



Ahora bien, explicado el fenómeno de esta manera, debemos decir que, ya que la epidemiología está subsumida también en un espacio-tiempo y en un contexto, deberemos detenernos a examinar el mundo en el cual se produce la pandemia de la COVID-19, que se instala en el mundo en el medio de una tremenda y profunda crisis civilizatoria de orden económico y social.

El neoliberalismo y su brazo armado actual, la cibernética, este monstruoso y sediento aparato ofrece seductores servicios y por supuesto, resuelve muchas necesidades cotidianas de los consumidores, pero lo que la gente muchas veces no sabe, es que esas puntuales ventajas se obtienen sobre la base de arrasar con derechos de todo orden y de sepultar la sustentabilidad de la vida en el planeta.⁵⁶ Este es la nueva base material y el nuevo orden civilizatorio donde se establece una gobernanza por algoritmos o la supeditación de la gente a los condicionamientos comerciales, culturales y políticos por medio del control corporativo sobre los diseños del internet de las cosas, de las ciudades inteligentes y la vigilancia total de las personas.

En los nuevos espacios del capital, el digital, todo se vende y compra en tiempo real, hasta la vida privada y los datos íntimos de los consumidores. Este monstruoso y sediento aparato ofrece seductores servicios y resuelve muchas necesidades cotidianas de los consumidores, sin embargo, esas puntuales ventajas se obtienen a costa de arrasar con derechos de todo orden y de sepultar la sustentabilidad de la vida en el planeta.

Hoy en día, el capitalismo, en la era de la modernidad tardía opera sobre un nuevo principio de organización de la vida. Este es un escenario perfecto para la derrota del bien común, para la destrucción de los últimos rescoldos de los pactos contruidos por la sociedad. Es la negación institucionalizada y sacramentada de los cuatro principios que hacen posible el vivir bien y la salud: la sustentabilidad, la soberanía, la solidaridad y la seguridad integral en los espacios y sujetos de la vida.⁵⁷ Este viene a ser el punto central del razonamiento desde la epidemiología crítica: no se puede entender el meollo de la pandemia ni diseñar

⁵⁶ Breilh. Critical Epidemiology and the Peoples' Health.

⁵⁷ Jaime Breilh. 2019. Ciencia crítica sobre impactos en la salud colectiva y ecosistemas (Guía investigativa pedagógica, evaluación de las 4 «S» de la vida) (Quito: Andina EcoSaludable, UASB-E, 2019). <<https://oxfamilibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/578871/cr-privileges-deny-rights-inequality-lac-300915-summ-es.pdf?sequence=3&isAllowed=y>>.



una estrategia efectiva para afrontarla, sin comprender a profundidad, el contexto del agresivo capitalismo de la cuarta revolución industrial. Este escenario nos enfrenta con los cuatro jinetes de un apocalipsis de la salud. Cuatro procesos epidemiológicos catastróficos interdependientes, cuatro amenazas globales interconectadas por una misma matriz social-civilizatoria:

1. La eclosión de un ciclo de pandemias del siglo XXI (entre las cuales obviamente destaca el SARS CoV2-COVID 2019) y la reemergencia de otras epidemias. COVID-19 no será la última pandemia, pero de la manera como podamos comprender lo que aquí sostenemos dependerá, en gran medida, la forma como resolveremos las que siguen.
2. El desate y la aceleración de un cambio climático catastrófico. Muchos años la salud ha prescindido de la consideración de la relación estrecha entre cambio climático y salud. Nunca como ahora, se constituye en el origen de las enfermedades que vendrán y en la causa de la depauperización no solo de la salud, sino del planeta entero.
3. La creciente y exponencial reproducción de desigualdad social en las ciudades neoliberales del mundo y en la nueva ruralidad agrotóxica e injusta que se ha expandido. Todo esto producto de un sistema y una matriz de capitalismo secante, machista patriarcal y neoliberal que habrá que replantear so pena de destruir lo poco que tenemos.
4. El virus de la desinformación (infodemia real).⁵⁸

Los mitos del progreso y la bonanza económica se han caído estrepitosamente ante la evidencia contundente del fracaso extremo del modelo de economía de concentración privada y masiva exclusión social. Si bien el virus SARS-COV-2 es el elemento específico biológico responsable de la pandemia y de sus consecuencias en la salud humana, es también cierto que sus procesos de mutación, transmisión y virulencia no se dan en un espacio vacío, sino que están socialmente determinadas. La crisis actual ha sido, la crónica de una muerte anunciada. Solo desde un fundamentalismo económico hiperneoliberal, desde el ethos de los mercaderes de la política o desde la extrema ignorancia científica de

⁵⁸ Brehil, Jaime COVID-19: Determinación social de la catástrofe, el eterno presente de las políticas y la oportunidad de repensarnos.
<https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/7396/1/03-EN-Breilh.pdf>



los negadores de la crisis —pandemias y cambio climático—, se puede seguir creyendo en las bondades y viabilidad de la civilización capitalista.

Ahora bien, la historia nos ha demostrado que, para salir de un modelo de sociedad a otro, es imperativo que se produzcan cambios sostenibles y profundos, no son necesarias las gestas heroicas y mucho menos los procesos violentos. Por lo tanto, se hace supremamente necesario e importante avanzar simultáneamente en la teoría y la práctica de las transiciones. Como diría Gramsci, estamos atravesando un interregno, es decir que es una situación en la que el viejo orden no acaba de morir, pero el nuevo orden aún no ha nacido plenamente⁵⁹.

Necesitamos un cambio profundo, una verdadera transformación que cuestione y emplace lo nuevo sobre bases sociales informadas y organizadas. Desde el pensamiento crítico en salud se deben poner en práctica las lecciones aprendidas para romper el cerco del pensamiento liberal y cartesiano hegemónico en salud y caminar construyendo este proceso en el medio de lo viejo, que todavía no ha terminado de morir junto con lo nuevo que no acaba de nacer.

Debemos romper el cerco de la salud pública del poder; romper la infodemia científica, pero también la educación superior cartesiana, elitista, socialmente desconectada y funcional. Políticamente entender que no hay una sola línea, no hay un solo pensamiento matriz para todo. Existe la urgencia de una articulación distinta de las fuerzas para construir una metacrítica intercultural y transdisciplinaria de la sociedad capitalista. Sabemos que existen varias epistemologías críticas, pero ninguna abarca toda la «verdad». Hay que articularse de una manera sabia. No puede haber, por ejemplo, una lucha gremial laboral que menosprecie la lucha de género organizada. De igual modo, no podemos persistir en reducir lo indígena a la militancia social, cuando encarna una sabiduría infinita que puede enriquecer nuestros propios conocimientos. En los fundamentos de la chakana, de la chakra, del sumaj kamaña, hay una ecosofía crítica profunda. Así como también desde la medicina occidental, hay, en el mismo transcurrir de la pandemia, ejemplos excelentes de organización y control social, como en la Bolivia en la primera ola, cuando la ausencia de

⁵⁹ Boaventura de Sousa Santos. «Para alimentar la llama de la esperanza». Revista Casa de las Américas N° 298 (2020): 5-15.



estado fue reemplazada por el control social, o los modelos de contención aplicados en Kerala, India.

VI. GOBERNANZA EN TIEMPOS DE PANDEMIA - Consideraciones sobre Salud Global y Geopolítica

Cuando empezamos a discurrir académicamente sobre los temas aquí expuestos, en el devenir de la Pandemia y a la luz del pensamiento crítico de la medicina y la salud colectiva, no había estallado la guerra Ucrania-Rusia. Esto cambia por completo el escenario en el que nos movemos ahora cuando pensamos en la gobernanza post pandemia.

La pandemia es la manifestación abrupta de una crisis anunciada. Ha habido deficiencias en la coordinación internacional. Tras esta experiencia traumática, ¿estamos mejor preparados ahora que intuimos un horizonte diferente? ¿Quién gobernará la salud global tras la pandemia?

VII. La Geopolítica de la vacuna

El coronavirus no es un evento geopolítico, aunque sí que es un evento disruptivo que puede conectarse al sistema y perturbarlo hasta modificar el anterior orden establecido. COVID-19 ha generado una crisis en cascada –sanitaria, socioeconómica y geopolítica–, por lo tanto, no estamos al comienzo del final, sino al final del comienzo. De la misma manera, la nueva reordenación geopolítica comenzará después de que los hechos ocurran, cuando baje la marea y veamos quiénes son los ganadores y perdedores de esta crisis.

La pandemia es lo que en inglés llamaríamos un “game-changer”, un factor disruptivo que modifica las dinámicas preexistentes, bien sea con cambios bruscos, como es el caso del aumento de la pobreza o acelerando tendencias previas, como en el caso de las estrategias de desinformación. La pandemia también fue un catalizador que puso al descubierto disfunciones y potencialidades de la gobernanza internacional.

Las vacunas se han convertido en un instrumento de la geopolítica. Las potencias productoras y donantes ejercen su influencia para favorecer a las regiones aliadas. Las



omisiones son aprovechadas por los adversarios en un contexto internacional de enorme inestabilidad.

Aunque el pensamiento del nuevo orden geopolítico se dé después de los hechos, la actuación geopolítica debe activarse mientras que estos acontecen. Los gobiernos en 2021 ya no tendrán posibilidad de cambio, tan solo de gestión de la nueva situación.

La pandemia ha expuesto desgarradoramente, las múltiples asimetrías que atraviesan a América Latina. La deficiente infraestructura sanitaria, la fragilidad económica y la debilidad institucional, son condiciones que han convertido a la región en la más golpeada del globo. Y en la carrera por las vacunas, los países latinoamericanos no corremos mejor suerte. Cada Gobierno debió concretar individualmente acuerdos con las farmacéuticas en función de su capacidad de compra y de negociación; países que ya han tenido devastadoras consecuencias económicas y que, en su mayoría, adolecen de recursos suficientes.

Los datos sugieren que 27 países y territorios ricos del mundo, que abarcan sólo 10% de la población mundial, acaparan 32% del total de las dosis disponibles.⁶⁰ En América Latina, las transacciones de vacunas comenzaron en 2020, pero esto no significó que se hubieran reactivado mecanismos regionales de compra conjunta de vacunas. Hay países como Chile y Uruguay que reportan coberturas de vacunación completa similares a las de Europa y América del Norte, mientras otros, como Jamaica, Nicaragua y Haití, alcanzan porcentajes de vacunación inferiores a 5%.⁶¹

A la vez, estas brechas son también reflejo de las fallas del mecanismo multilateral COVAX, que apenas alcanzó a cubrir la inmunización completa de 1.4% de la población en la región.⁶² Aquí llegamos a una paradoja que roza lo absurdo: la región salió a negociar el acceso a vacunas sin coordinación y con una insolvencia estratégica que

⁶⁰ Naciones Unidas, UNESCO, “covid-19 y Vacunación en América Latina y el Caribe: desafío, necesidades y oportunidades”, 4 de agosto de 2021- <https://es.unesco.org/news/covid-19-y-vacunacion-america-latina-y-caribe-desafios-necesidades-y-oportunidades>

⁶¹ Comisión Económica para América Latina (Cepal), “La paradoja de la recuperación en América Latina y el Caribe. Crecimiento con persistentes problemas estructurales: desigualdad, pobreza, poca inversión y baja productividad”. Santiago de Chile, Cepal, Informe especial COVID 19, núm. 11, 8 de julio de 2021.

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47043/5/S2100379_es.pdf

⁶² Naciones Unidas, UNESCO, art. cit.



ha sido aprovechada por múltiples actores del exterior –potencias productoras y laboratorios farmacéuticos– en un escenario global cada vez más pugnaz.

De manera directa e indirecta, hay varias dimensiones –domésticas, regionales y mundiales– que configuran esta realidad; sin embargo, un modo de aproximarse a la cuestión es, examinando las estrategias de las principales potencias productoras en el terreno regional de acuerdo con algunos indicadores. El propósito aquí es analizar con mayor atención una de las causas principales de los problemas de acceso a las vacunas en una de las regiones más rezagadas del reparto mundial: la llamada geopolítica de vacunas. ¿Cuáles fueron las preferencias políticas y las estrategias geopolíticas que configuraron las transacciones de vacunas contra covid-19 de las potencias productoras en la región? ¿Qué asuntos fueron vinculados a través de la geopolítica de vacunas? ¿Qué objetivos económicos persiguieron las potencias productoras y sus laboratorios farmacéuticos? Para entender la disputa entre las potencias productoras extra regionales en torno a las vacunas, proponemos asumir una perspectiva geopolítica, entendida ésta como un modo de interpretar el mundo en el que se pone énfasis en la explicación del peso de los factores espaciales.⁶³

La geopolítica de vacunas tiene entonces dos caras: la puja por accesos (a tecnologías, recursos y mercados) e influencia (búsqueda de concesiones políticas y económicas), de un lado, y la denegación de accesos (control sanitario, restricciones y vetos), del otro. Nuestra hipótesis es que las potencias productoras extra regionales utilizaron las transacciones de vacunas para obtener accesos, así como gestionar, mantener y sostener posiciones de influencia política y económica para sus países y sus empresas. Las principales referencias de esa disputa por el control de las cadenas globales de valor tecno intensivas son Estados Unidos y China; sin embargo, cabe observar esa racionalidad respecto a las estrategias de otras potencias productoras satélites como los países europeos, India y Rusia.

Es posible pensar en la existencia de lineamientos y estrategias geopolíticas en el campo de vacunas contra COVID-19. No como un paquete articulado de políticas orientadas a un fin estratégico superior, sino como un instrumento más del principio ordenador de la acción

⁶³Saul Bernard Cohen, “Geopolitics: the geography of international relations”, Londres, Rowman & Littlefield, 2014.



externa de las potencias productoras que sirve a la vinculación de cuestiones tácticas y sustantivas en materia de política exterior. En este escenario, la geopolítica de vacunas plantea tanto desafíos, al servir como conducto de los intereses de potencias productoras, como oportunidades, al ofrecer espacios de inserción en cadenas de valor a los países de la región.

Los intereses de China

Desde su lanzamiento en 2013, y de manera más específica, a partir del desembarco en América Latina con el ingreso de Panamá en 2017, la Iniciativa de la Franja y la Ruta de la Seda (BRI, por sus siglas en inglés) se ha constituido como la principal plataforma de proyección geopolítica del Estado chino y sus empresas. La BRI configura el sentido de los despliegues geopolíticos de dos maneras: por un lado, es atractiva para los países miembros porque ofrece oportunidades de financiamiento para abordar necesidades reales de infraestructura; por el otro, la influencia económica resultante es también un medio de Beijing para tener acceso a mercados, proyección de empresas y obtención de concesiones políticas en diversas cuestiones, entre las que resultan fundamentales las garantías de acceso al mercado para tecnologías de última generación.⁶⁴

El objetivo primordial que tiene China de fortalecer esta plataforma en las diferentes regiones del mundo se manifiesta de manera evidente en la geopolítica de las vacunas. El dato elocuente es que, del total de 98 países en los que Beijing desembarcó con 405 millones de dosis, 85 son miembros de la BRI, una proporción equivalente a casi el 90% del total.⁶⁵ En América Latina, la ecuación no es tan lineal, ya que 10 países miembros de la BRI, de un total regional de 18 adherentes, recibieron vacunas chinas. Uruguay y Chile, los primeros países sudamericanos en ingresar a la BRI en 2018, fueron los que avanzaron de manera más rápida en los procesos de vacunación a partir de la recepción del biológico de la firma privada Sinovac, tras haber sido, en el caso de Chile, lugar de ensayo de ese

⁶⁴ Haoguang Liang y Zhang Yaojun, *The theoretical system of Belt and Road Initiative*, Luxemburgo, Springer, 2019.

⁶⁵ Ivana Karaskova y Veronika Blabova, "The Logic of China's Vaccine Diplomacy", *The Diplomat*, 24 de marzo de 2021, <https://thediplomat.com/2021/03/the-logic-of-china-s-vaccine-diplomacy/>



laboratorio. Posteriormente, ambos países fueron conductos para donar vacunas chinas a Para-guay, país que no reconoce a China y mantiene relaciones diplomáticas con Taiwán.

La estrategia geopolítica de Beijing se presenta, además, como una extensión del proceso de transformación de su política exterior, de internacionalización del Estado y de incremento del rol internacional de las provincias. Esto marca el paso de una estrategia originalmente centrada en su proyección de Estado a Estado hacia una suerte de “diplomacia de base”, de corte pragmático y más caótico en su expansión, siguiendo la clasificación de Juan Tokatlian⁶⁶.

A diferencia de Estados Unidos, que mantiene una estrategia vertical o de cúpula, Beijing se proyecta sobre un rango mayor de actores y de manera más descentralizada, lo que habilita la celebración de acuerdos de exportación con gobiernos subnacionales o la suscripción de contratos para la producción local con laboratorios, hecho que se ha observado durante este último tiempo en la República de Argentina, donde varias Gobernaciones, además del Estado central, han celebrado acuerdos para la dotación de vacunas a su población.

Rusia y el desafío a Estados Unidos

La estrategia geopolítica de Rusia en la región fue, al igual que China, temprana y persiguió claros lineamientos políticos y económicos. Los primeros corresponden a un intento por plantear un desafío político a Estados Unidos en su propia periferia como espejo del involucramiento de Washington en la periferia de Moscú, principalmente a través de la ayuda militar y el apoyo a Ucrania.⁶⁷ Los segundos se verifican en la articulación de estrategias con los laboratorios farmacéuticos rusos y otros de la región, como parte de la búsqueda de nuevos mercados en reacción a las sanciones económicas impuestas por

⁶⁶ Juan Gabriel Tokatlian, “Equidistancia y para-diplomacia”, Clarín, 13 de junio de 2021, https://www.clarin.com/opinion/equidistancia-di-plomacia_0_Zjly6EHYM.html

⁶⁷ En plena pandemia, el gobierno de Biden donó 60 millones de dólares en ayuda militar a su homólogo ucraniano, sumándose a los más de 2 millones donados desde 2014. “Ucrania recibe muestra de apoyo de EEUU. frente a agresión rusa”, DW, 1 de septiembre de 2021, <https://www.dw.com/es/ucrania-recibe-muestra-de-apoyo-de-eeuu-frente-a-agresión-rusa/a-59056703> (consulta del 15 de septiembre de 2021).



Estados Unidos y la Unión Europea desde 2014, que la impulsan a desarrollar vinculaciones más allá de su esfera de influencia tradicional de Eurasia en los rubros de la biotecnología, industria, energía, tecnología y defensa. Aquí, de manera similar a Beijing, los instrumentos de diplomacia económica a disposición de Rusia han sido la exportación y la internacionalización de la producción de vacunas.⁶⁸

Estados Unidos y los aliados europeos frente a China y Rusia

El avance de las vacunas chinas y rusas en la región se aprovechó del “nacionalismo de vacunas” que primó en Estados Unidos durante el primer semestre de 2021. Tanto la administración de Trump como la de Biden invocaron la Defense Production Act con el propósito de combatir la COVID-19 y de aliviar los cuellos de botella en los suministros de insumos necesarios para la producción de vacunas con el propósito de que las firmas farmacéuticas estadounidenses sean capaces de atender la demanda de la población nacional e incluso, presentar excedentes de vacunas.

Dos lineamientos principales guiaron la estrategia geopolítica de donaciones de vacunas de Estados Unidos en América Latina: el primero, acompañar a una mayor presencia de agencias estatales políticas y militares de Washington en la región; el segundo, reaccionar frente al avance de las vacunas de China y Rusia en su propia periferia. De un lado, la intención, como prioridad de seguridad nacional, ha sido colocar un escudo sanitario para evitar que en la frontera entre México y Estados Unidos ingresen migrantes y “flujos ilícitos”. El cálculo principal ha sido que con las poblaciones de México y de los países del Triángulo Norte (Guatemala, Honduras y El Salvador) inmunizadas, Estados Unidos se aseguraría mayor protección.⁶⁹ Del otro, el despliegue de la agenda de Washington se ha

⁶⁸ Las dosis donadas por Rusia fueron sólo en concepto de muestras gratuitas a Nicaragua y Belice (6000 y 20 000 dosis, respectivamente), países que ya estaban considerando la adquisición de esas vacunas.

Yurany Arciniegas, “Nicaragua recibe una donación de la dosis Sputnik V para comenzar a vacunar contra el covid-19”, France 24, 24 de febrero de 2021, <https://www.france24.com/es/%C3%A1frica/20210224-covid19-hoy-noticias-pandemia-vacunacion-covax-francia-bolivia>;

Samantha Kiernan, Sere-na Tohme, Kailey Shanks y Basia Rosenbaum, “The Politics of Vaccine Do-nation and Diplomacy Is a friend in need a friend indeed?”, Think Global Health, 4 de junio de 2021, <https://www.thinkglobalhealth.org/article/politics-vaccine-donation-and-diplomacy>

⁶⁹ Daniel Ruvalcaba, “La política exterior de Joseph Biden hacia América Latina: un análisis prospectivo al inicio del nuevo gobierno”, Revista Izquierdas, 2021, p. 14.



basado en un diagnóstico y una reacción a la influencia “negativa” de la geopolítica de vacunas de China y Rusia en la región. Aquí los instrumentos han sido la de-negación de acceso al mercado norteamericano y una fuerte campaña de desprestigio sobre las vacunas chinas y rusas.

La cifra de las exportaciones de vacunas de Estados Unidos ha sido minúscula si la comparamos con otros países. De sus 333 millones de vacunas producidas hasta mayo de 2021, tan solo un 3% se había enviado fuera de sus fronteras (a México y Canadá, principalmente). Poniendo esta cifra en perspectiva, y también hasta el mes de mayo, de los 597 millones de vacunas producidas por China, 242 millones (el 42%) habían salido de sus fronteras. De los 319 millones de la UE, se exportaron –o cedieron– 111 millones (el 35%).⁷⁰ Mientras que Estados Unidos se preocupaba solo por vacunar a su población, Rusia y sobre todo China las suministraban a cambio de concesiones favorables a sus políticas e intereses. Estas potencias aprovechaban la vacuna para llenar el vacío dejado por Washington y responder a un sentimiento de abandono presente en muchos países en desarrollo.

A mediados de mayo de 2021, Biden anunció que en junio se donarían 80 millones de dosis, un 13% de toda su producción, destinadas principalmente a países en vías de desarrollo en América Latina y el Caribe, Asia del Sudeste y África. Con esta donación, Biden se desmarca de otros países que han optado por vender dosis a estas regiones. De esta manera, la geopolítica estadounidense de la vacuna intentará recuperar el terreno perdido en una carrera en la que China y Rusia se le han adelantado.

A pesar de estos clamores por democratizar el acceso a las vacunas, en el medio de la multipolaridad sanitaria, la UE se ha convertido en la mayor potencia exportadora y donadora de vacunas –es decir, de solidaridad– a nivel mundial (159 millones de dosis exportadas a 87 países) y ha destinado 2.200 millones de euros a la iniciativa COVAX. Su discurso diplomático ha enfatizado la condición de la UE como potencia que actúa robusteciendo el sistema multilateral y en solidaridad con los países en desarrollo, aunque haya destinado mayoritariamente las exportaciones a países no tan pobres. Los principales

⁷⁰ Multipolaridad sanitaria: El uso geopolítico de la vacuna. Pol Morillas, CIDOB Report, Julio 2021



destinos de exportación incluyen el Reino Unido (con aproximadamente 10,9 millones de dosis), Canadá (6,6 millones), Japón (5,4 millones), México (4,4 millones), Arabia Saudí (1,5 millones), Singapur (1,5 millones), Chile (1,5 millones), Hong Kong (1,3 millones), Corea (1,0 millones) y Australia (1,0 millones).

A partir de mayo de 2021 empezaron también las exportaciones a los Balcanes, con la vocación geopolítica de contrarrestar las vacunas chinas y rusas. Sin embargo, la UE es consciente de que no recibe el crédito deseado por su actuación como potencia normativa. El hecho de que el presidente Biden solicitara la suspensión temporal de las patentes, pero la canciller Merkel se negara, contrarresta la narrativa de la UE como exportadora de solidaridad.

A pesar de estos esfuerzos y aunque una parte sustancial del desarrollo de vacunas ha sido y sigue siendo financiada por subvenciones directas de los gobiernos o por préstamos financiados con fondos públicos, el afán de lucro de las empresas farmacéuticas sigue teniendo, por desgracia, prioridad sobre el bien común mundial. Esto no sólo es miope, sino también cínico y éticamente irresponsable. Esta cruda política de intereses está dañando gravemente la credibilidad de la base de valores que los países industrializados occidentales invocan con tanta frecuencia.

Una vacuna para cambiar el mundo

Ciertamente, la vacuna puede cambiar el mundo de hoy, puesto que se ha convertido, por el momento, un bien escaso y, por lo tanto, un instrumento para la influencia y el ejercicio del poder a escala internacional; es un bien que puede cambiar el rumbo de la crisis actual y puede devolvernos al equilibrio perdido. Desde que en enero de 2020 se empezaron a vislumbrar las consecuencias globales del virus, la carrera científica se concentró en una búsqueda prioritaria y sin precedentes del antídoto para frenar la epidemia, puesto que hace más de un siglo se sabe que las vacunas son la mejor estrategia coste-efectiva en el ámbito de la salud y la más barata para conseguir mejores resultados a mayor escala en la prevención de enfermedades.



En 2016 un estudio de la Universidad Johns Hopkins demostraba que, por cada dólar invertido en inmunización en los 94 países de renta más baja del mundo, los sistemas de salud se ahorran 16. Sin riesgo a exagerar y a falta de un estudio preciso todavía, cuando este análisis se traslade al COVID-19 y a las economías más avanzadas –donde más está afectando el virus–, este retorno se puede multiplicar por cientos o miles de dólares por cada uno invertido en vacunas.

La investigación y desarrollo de las vacunas ha significado una inversión sin precedentes especialmente, de recursos públicos para conseguir en el menor tiempo posible, una vacuna efectiva.

La carrera, no obstante, no se detuvo al conseguir la vacuna. Una vez conocida su seguridad y eficacia, hay que producirla a gran escala. Los retos que plantea esta epidemia exigen un volumen de fabricación de vacunas impensable puesto que, para lograr cubrir las necesidades de dos dosis, se requieren 15.000 millones de dosis para inmunizar a toda la población del planeta, una cifra que es imposible de alcanzar en menos de cuatro años. Hay factores limitantes en la capacidad de construir nuevas plantas de producción o en la escalabilidad de vacunas como las de Pfizer o Moderna, basadas en una nueva plataforma tecnológica, para la que no hay suficiente conocimiento entre los países productores. Hay también problemas de producción de componentes críticos, como los viales para transportar seguras unas vacunas que en algunos casos hay que proteger manteniéndolas por debajo de los 70° bajo cero. La responsabilidad y sobre todo la voluntad de pasar de la fase de desarrollo de la vacuna a distribuirla entre la población en el menor tiempo posible, se traslada entonces inmediatamente a la agenda política y a los gobiernos que, frente a la impotencia por no poder parar el virus con otros medios, decidieron asumir el riesgo de adelantar recursos a los productores y empezar a manufacturar millones de dosis mientras las vacunas se están probando todavía en fase de test.

En el inicio de la carrera por la fabricación de la vacuna, fue mucho más fácil para China y Rusia, ya que sus laboratorios dependen de mayorías públicas en sus decisiones en los consejos de administración y el apoyo de sus gobiernos es directo. Sin embargo, en los países occidentales, donde la industria farmacéutica está en manos privadas, la estrategia se



centró en identificar las vacunas que tuvieran mejores posibilidades en las primeras fases de pruebas y adelantar a cambio de dosis los recursos necesarios para producir, aunque sea a riesgo de que los ensayos fallen y las vacunas finalmente acaben no saliendo. A pesar de la incertidumbre, fue una estrategia acertada y a la que se lanzaron inmediatamente EEUU, la UE y el resto de países occidentales, permitiendo tener dosis desde el día siguiente a la aprobación por parte de los mecanismos regulatorios. Eso sí, a cambio de miles de millones de dinero público por adelantado.

Teniendo en cuenta que la mayoría de vacunas del planeta se producen principalmente en el eje asiático entre la India y China, y en economías de renta media pero tecnológicamente avanzadas, como Brasil y Sudáfrica, países como el Reino Unido, que lideran el diseño y desarrollo de nuevas vacunas, Alemania, Francia y EEUU estaban muy lejos de producir vacunas ya no a escala mundial, ni siquiera para cubrir sus necesidades domésticas antes del COVID-19. Con la salud convertida en el principal reto a la seguridad y el desarrollo económico, todos empezaron a plantear su propia estrategia para garantizar las dosis necesarias.

Donald Trump, con el objetivo de acaparar la mayor dosis de vacunas, lanzó la operación “Warp Speed”, con el objetivo de producir y distribuir 300 millones de vacunas destinadas a cubrir a toda la población en EEUU, mediante una iniciativa público-privada que reunía a laboratorios, universidades, servicios de salud de la administración, organismos públicos de financiación, productores y el departamento de defensa bajo una sola estructura, con el fin de acelerar la producción y garantizar a los ciudadanos norteamericanos cubrir todas sus necesidades de vacunas en cuanto estuvieran disponibles. En cambio, la UE puso en marcha una estrategia diferente. La Comisión y los Estados miembros se pusieron de acuerdo en negociar conjuntamente la compra y distribución posterior, de acuerdo al porcentaje de población de cada uno de sus países. Habiendo financiado ya buena parte del desarrollo de las vacunas que se estaban investigando por compañías o en universidades europeas –entre ellas las más avanzadas de las Universidades de Oxford y el Imperial College de Londres o las de las firmas BionTech y CureVac alemanas o la francesa Sanofi– para garantizar la compra, se decidió a avanzar el dinero a las firmas productoras en pago



por anticipado a cambio de futuras dosis. Si bien a nivel económico esta práctica requiere invertir en el doble de dosis necesarias en previsión de que la mitad pueda quedar en el camino, el pago por anticipado permite negociar a un precio inferior. Por otra parte, el acuerdo de la UE permitió a sus países obtener las vacunas en una cantidad y a un precio que hubiera sido impensable para la mayoría de sus Estados miembros por separado. Un paso político significativo de la Unión –justo en el momento en que se hacía efectivo el Brexit– que debería sentar precedente para futuras operaciones.

La competencia entre países por hacerse con el compromiso de las primeras dosis, en la práctica ha supuesto una ventaja incomparable para las compañías farmacéuticas que han exigido confidencialidad en la negociación, para poder establecer precios diferenciados según el país de compra y obtener así mayor margen de beneficio. Todas las negociaciones se han hecho de manera secreta y bajo confidencialidad, una práctica que debería ser inadmisibles en sociedades democráticas, ya que al final beneficia al margen del producto. A pesar de ello, sabemos que EEUU ha tenido que invertir unos 18.000 millones de dólares por su operación Warp Speed, mientras que Europa tuvo que habilitar un primer fondo de emergencia de 2.700 millones de euros para hacer frente a los primeros compromisos. Una cantidad que ya se ha multiplicado por cuatro a medida que las dosis se han empezado a hacer efectivas y especialmente como consecuencia de los precios más elevados de las primeras vacunas en ser aprobadas, las de las compañías Pfizer y Moderna. Sólo por poner un ejemplo, con los precios que Europa ha acordado con los productores –roto el secreto por una ministra belga–, la factura de las dosis para 40 millones de personas en España con la vacuna de Pfizer superaría los 1.000 millones de euros, mientras que con la de AstraZeneca podríamos vacunar al mismo número de gente pagando sólo 140 millones.

La carrera por hacerse pronto con la vacuna ha dejado el precio fuera de la agenda de debate y ha sido la principal ventaja por la que la industria de las vacunas ha podido hacer oídos sordos a la reclamación de buena parte de los países menos desarrollados, donde las vacunas no habían llegado todavía, mientras en el hemisferio occidental ya están disponibles.



Las necesidades de la humanidad para frenar la pandemia, pasan por asegurar una adecuada cantidad de vacunas que permita alcanzar la inmunidad colectiva que se necesita para frenar la pandemia, que, a dos años de iniciada, aún no ha logrado esta meta, pero, además, asegurar el acceso continuado y universal a las vacunas durante los próximos años, de modo que puedan evitarse rebrotes de la enfermedad que acaben afectando al conjunto de los países. Para ello es absolutamente necesario, entre otras cosas, fortalecer tanto los sistemas de salud, los recursos humanos, así como los mecanismos logísticos de distribución.

La aprobación de varias vacunas eficaces y seguras por parte de las autoridades sanitarias de diferentes países marcó el inicio de la inmunización global contra la COVID-19. El desarrollo de estas vacunas, ha desafiado todos los récords de la ciencia y muestran la luz al final del túnel de la pandemia. Desde que se descifró el código genético del virus hasta que se inyectó la primera vacuna de Pfizer a una mujer en Coventry (Reino Unido) –una vez concluidos los ensayos y regulada–, solo pasaron 333 días, un dato que pasará a la historia. Nunca se había conseguido tener una vacuna desde el inicio de la investigación en menos de cinco años

Sin embargo, incluso estos avances serán insuficientes en ausencia de una estrategia de inmunización que garantice la inmunidad colectiva y permita el retorno a la normalidad. Lamentablemente, la brecha de acceso a las vacunas nos enfrenta a lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha descrito recientemente como un “catastrófico riesgo moral”. Una carrera de competidores desiguales que amenaza un bien público global.

La pandemia de la COVID-19 y las campañas de vacunación son un primer punto de entrada para entender cómo la salud gana centralidad en el debate y la acción geopolítica. También es la oportunidad para subrayar la necesidad de incorporar una visión plural, ciudadana y cooperativa de la geopolítica de la salud

A pesar de los esfuerzos de la OMS, cada país escogió responder a la pandemia de manera independiente. Esto permitió comprobar quién lo está haciendo mejor y quién tiene un peor desempeño, a través de una evaluación del rendimiento político, institucional, económico,



organizacional y sanitario de cada país, que será inseparable de la valoración de su nivel de liderazgo.

Tras dos años desde que el virus entró en nuestras vidas, seguimos sin saber cómo saldremos de la crisis. Con el SARS-CoV-2, el concepto de seguridad común ha cambiado en los países occidentales, quienes habían olvidado el impacto de las enfermedades infecciosas. Ahora, la seguridad depende de la respuesta a los problemas de salud, casi en igual medida que de la defensa tradicional de ejércitos capaces de proteger en caso de conflicto.

La enfermedad ha cambiado el abordaje de las amenazas globales, sin que estuviéramos bien preparados para hacerle frente. La evidencia es que los Estados y sus instituciones no contaban con esta emergencia, por lo que no han tenido la capacidad de lograr una respuesta efectiva. En este contexto, será un error pensar que es sólo un cambio transitorio, que todo pasará y volverá a su cauce normal.

A más de un año de medidas excepcionales, con la caída de la economía global, el hundimiento de empresas –sobre todo pequeñas y medianas– o el cierre incluso de las rutas de comercio y turismo global, podríamos pensar que este virus será el responsable del fin del orden mundial como lo conocemos, mientras la vacuna se constituye en el arma definitiva en la que se asienta el único horizonte posible para salir.

Salud internacional Sur Sur como única salida a la crisis de la pandemia

Estamos viviendo la mayor crisis que ha vivido nuestra generación y la mejor ocasión para replantear la salud pública del planeta como la principal estrategia mundial de seguridad. No podremos estar seguros en un país mientras no lo estemos en todos.

Desde el inicio de esta pandemia, se hizo evidente que no solo son necesarias las vacunas, sino que, para acabar con la crisis global, se necesita asegurar, además, que las mismas llegaran a todo el mundo, en el sentido más literal del término: a todos los países y a todas las personas. Por lo tanto, el concepto de salud global es ahora la estrategia prioritaria –tal vez la única– para hacerlo posible. La dimensión de la pandemia, y el efecto en las vidas en



riesgo, en las relaciones sociales, laborales y económicas, la han convertido en una estrategia de seguridad mundial, cuya arma principal para hacerle frente y recuperar el equilibrio pasa por las vacunas.

Requerimos impulsar rápidamente la producción de vacunas mediante la producción a gran escala bajo licencia, una solución que actualmente impulsa la nueva jefa de la OMC, la nigeriana Ngozi Okonjo-Iweala⁷¹. Para ello, todos los grandes fabricantes de vacunas tendrían que conceder licencias para producir sus vacunas a otros países. Hasta ahora, sin embargo, los países industrializados siguen refiriéndose únicamente a la iniciativa COVAX como su acto central de solidaridad multilateral. Sin embargo, COVAX utiliza dinero público para comprar vacunas que fueron desarrolladas, en primera instancia, con financiación privada.

Además, los países industrializados están arrasando el mercado comprando las vacunas que en realidad estaban destinadas a los países más pobres. Por lo tanto, un aumento de la financiación difícilmente tendría un efecto significativo mientras las capacidades de producción permanezcan inalteradas. Es por ello que cualquier esfuerzo para aumentar la producción de vacunas, debe ir acompañado de la supresión de las patentes o de la concesión de licencias forzosas, puesto que la velocidad en la producción es esencial, dada la dimensión mundial de esta pandemia, así como el aumento de la amenaza de mutaciones en los países en los que la vacunación no está disponible. Por eso debemos superar ahora mismo los intereses particulares, nacionales y económicos, o la pandemia se prolongará durante muchos años, a un precio que no podremos soportar.

Consecuencias económicas de la pandemia

La pandemia tiene consecuencias económicas importantísimas; tras el fuerte repunte registrado en 2021, la economía mundial está entrando en una pronunciada desaceleración en medio de las nuevas amenazas derivadas de las variantes de la COVID-19 y el aumento de la inflación, la deuda y la desigualdad de ingresos, lo que podría poner en peligro la

⁷¹ https://www.wto.org/spanish/news_s/news21_s/dgno_11may21_s.htm. Mayo 2021



recuperación de las economías emergentes y en desarrollo, según la edición más reciente del informe Perspectivas económicas mundiales, que publica el Banco Mundial.

Se espera que el crecimiento mundial se desacelere notablemente, del 5,5 % en 2021 al 4,1 % en 2022 y al 3,2 % en 2023, a medida que la demanda reprimida se disipe y vaya disminuyendo el nivel de apoyo fiscal y monetario en todo el mundo. Las vacunas, entendidas como la única herramienta que puede proporcionar inmunidad de grupo para empezar a retirar barreras, como las restricciones a la movilidad, el distanciamiento social o los cierres comerciales, convierten su valor en oro.

Según calcula el FMI, vacunar al 70% de la población del planeta sólo costaría 50.000 millones de dólares, puesto que la Organización Mundial de la Salud ha establecido que el objetivo común para acabar con la pandemia debe ser vacunar al menos al 70% de la población mundial: esto significa una cantidad de 11.000 millones de dosis.

Si lográramos vacunar a toda esa población, el beneficio económico acumulado hasta 2025 en términos de aumento de la producción mundial, sería de 9 billones de dólares, por no hablar de todas las vidas que se lograría salvar. Ese coste representa sólo el 0,13% del PIB del G-7, o sea, una quinta parte de la cantidad que sus miembros se han comprometido a gastar cada año para ayudar a otros países. La resolución conjunta del G7 del 13 de junio de este año, estableció el envío de tan solo mil millones de vacunas contra el Covid-19 al mecanismo de COVAX. Esto significa tan solo el 1% de lo que el mundo necesita para asegurar la vacunación masiva y, por lo tanto, la inmunidad colectiva. En ausencia de una política internacional coordinada —y justa— en materia de distribución de vacunas, el modelo que se ha establecido en los últimos meses se basa meramente en preferencias económicas y políticas.

En una pandemia de esta magnitud, cuanta más gente se vacune más probabilidades habrá de hacer retroceder la enfermedad, independientemente de quién produzca las vacunas y dónde, y de si los receptores son aliados o rivales. Pero en cambio, la situación es otra: las vacunas se utilizan cada vez más para establecer dependencias políticas a largo plazo en la competencia geopolítica, especialmente en los países que no pueden producir sus propias



vacunas. De este modo, se contrapone una emergencia de salud humana a un beneficio político.

Vacuna para ricos, vacuna para pobres

En vista de que la carrera por la compra de dosis estaba agotando todo el volumen del primer año de producción para su consumo en Rusia, China y los países occidentales, una iniciativa impulsada por la India y Sudáfrica solicitó en diciembre de 2020 a la Organización Mundial de Comercio que suspendiera temporalmente durante la pandemia, los derechos de propiedad intelectual para diagnósticos, tratamientos y vacunas del COVID-19⁷². El argumento de estos países es que, sin medidas especiales, los países ricos se beneficiarán de las nuevas tecnologías a medida que lleguen al mercado, mientras que los menos desarrollados económicamente continuarán siendo devastados por la pandemia. La propuesta parte del principio de que los derechos de propiedad intelectual, como las patentes, están obstruyendo que los nuevos productos médicos sean asequibles. Una prohibición temporal permitiría que varios actores comenzaran la producción antes, en lugar de concentrar la fabricación en manos de un pequeño número de titulares de patentes. En palabras de Mustaqeem De Gama, consejero en la misión africana permanente ante la OMC, “Lo que hace esta propuesta de exención es abrir espacio para una mayor colaboración, para la transferencia de tecnología y para que entren más productores para asegurar que tengamos escalabilidad en un período de tiempo mucho más corto”. Decenas de países de ingresos bajos y medios apoyan la propuesta. Sin embargo, los principales países de rentas altas lo han rechazado de plano, diciendo que el sistema de propiedad intelectual es necesario para incentivar nuevas vacunas, diagnósticos y tratamientos, que podrían agotarse en su ausencia, mientras que el acceso equitativo se puede lograr a través de licencias voluntarias, acuerdos de transferencia de tecnología y el compromiso de mercado avanzado COVAX, financiado por donantes para subvencionar vacunas a quienes no puedan pagarlas.

⁷² <https://www.msf.es/actualidad/india/india-y-sudafrica-piden-que-no-haya-patentes-medicamentos-ni-herramientas-covid-19>. Octubre 2021



Si la lotería de nuestro destino hubiera decidido que nacióramos en alguno de esos países de rentas menores, donde se concentra la mayoría de la humanidad, nuestro futuro todavía tendría que esperar a ver cuándo está disponible alguno de los antígenos que se están distribuyendo o los que están en fase de ensayo a punto de lanzamiento. La cuestión es ¿cuándo llegarán? Todos esperamos lo mismo, poder recuperar el equilibrio roto en nuestra vida, en el trabajo, en las relaciones sociales, en la salud y la economía, lo antes posible. La vacuna, sin duda, va a suponer un cambio. Pero para eso necesitamos que se cumplan tres factores: que sea eficaz, que sea asequible y que llegue lo más rápido posible a todos; también a los más vulnerables. El riesgo de vacunar únicamente en los países ricos significa que la epidemia puede hacerse endémica en los que no logren frenarla, lo que por un lado generaría un reservorio del virus, que podría retornar inmediatamente una vez hubiera mutado y por otro obliga a cerrar las fronteras. Dicho de otra manera, si cualquier país de Europa vacuna a toda su población, pero los países del norte de África o de Latinoamérica apenas tienen dosis, habrá que seguir cerrando fronteras y frenando el comercio exterior.

Aun así, los problemas para inmunizar en todos los países no son menores. Aunque en las economías más avanzadas las vacunas estén más o menos garantizadas, la capacidad de producción, el primer año, se calcula que alcanzará sólo a un 30% de la población mundial, tal vez algo más.

Sabemos que las vacunas son la llave para recuperar la economía global. Pero empezar a salir de la crisis durante 2022 sólo puede ser a condición de que esas vacunas se puedan producir a gran escala y que su distribución sea equitativa para todos los países. Mientras esto no suceda, el mundo se divide nuevamente entre los que tienen y los que no, en este caso, vacunas. Una división sanitaria, económica y políticamente peligrosa; de ahí que asistamos a un mayor activismo de organizaciones y foros multilaterales como el G-7, pidiendo que se garanticen dos tercios de los 66.000 millones de dólares que se calcula se necesitarán para cubrir a la población de todo el mundo en los próximos dos años.

La tentación “nacionalista” de las economías más avanzadas de obtener dosis para toda su población con la contrapartida de que el resto de países se queden sin ellas, es una nueva garantía de fracaso.



Las vacunas se han convertido así en un arma más de la batalla geopolítica. La urgencia por la vacuna es la misma en Europa que en África o en el resto del mundo, y eso es lo que ha provocado esta otra carrera comercial, para asegurar que estos países no se queden a la cola. La amenaza de la capacidad de producción va a seguir, tal vez también durante el próximo año, y si el virus se hace estacional –algo que la ciencia todavía desconoce– puede que estemos sólo en el inicio de un camino que apunta a nuevas relaciones estratégicas basadas en la salud global como una nueva dimensión para definir la seguridad mundial y con ella las nuevas alianzas. El juego no ha hecho más que empezar.

Si volvemos al dilema inicial, sin duda la llegada de la vacuna es una gran noticia. Es la única arma que puede acabar con la pandemia. Pero eso no puede suceder sólo en España, en la UE o en Occidente. El virus no conoce fronteras. No se trata de caridad, se trata de que la pandemia sólo podrá frenarse si la vacunación es global. Un arma definitiva que lo será si hacemos todo lo necesario para que llegue a todos al mismo tiempo. Una nueva estrategia salud global, es la oportunidad para poder pensar en ese horizonte común. Si conseguimos que el debate esté bien informado, y se entiende que debemos avanzar juntos, entonces las vacunas cambiarán el futuro de esta pandemia. Y el nuestro. Ningún país está a salvo de COVID-19 hasta que todos los países estén a salvo de COVID-19. Para superar una pandemia de esta magnitud las vacunas deben estar disponibles de forma rápida, barata y justa.

VIII. La Pandemia y la Guerra

El 24 de febrero estallo la guerra en Ucrania; casi tres semanas en este momento que escribo y ya podemos vislumbrar que la crisis bélica, afectará a América Latina y, por lo tanto, las políticas sanitarias tendrán que adaptarse a esta contingencia.

La invasión de Ucrania por parte de Rusia hace que, por desgracia una vez más, tengamos que recordar lo que parece una obviedad: la guerra es mala para la salud. Hay que decirlo, otra vez, alto y claro. Podemos utilizar para ello las palabras del escritor Héctor Abad Faciolince en “El olvido que seremos”⁷³, citando a su padre, el salubrista colombiano

⁷³ Héctor Abad FACIOLINCE. El olvido que seremos. Barcelona: Seix- Barral, 2007



Héctor Abad Gómez: *“Lo más nocivo para la salud de los humanos, aquí, no era ni el hambre ni las diarreas ni la malaria ni los virus ni las bacterias ni el cáncer ni las enfermedades respiratorias o cardiovasculares. El peor agente nocivo, el que más muertes ocasionaba entre los ciudadanos del país, eran los otros seres humanos”.*

Esto es lo que ocasiona la violencia, de la cual la guerra es la representación más cruel y desgraciadamente también, la más refinada. Es obvio que cualquier conflicto armado se cobra un alto precio en vidas de los propios combatientes. Se estima que solo en el siglo XX las heridas ocasionadas por las guerras causaron 191 millones de muertes, la mitad de ellas en civiles. La Organización Mundial de la Salud estima que, en el año 2000, murieron 310.000 personas como resultado de los conflictos bélicos. Además, hay otros efectos sobre la salud de las contiendas. Entre ellos tenemos:

El desplazamiento de poblaciones: sólo hay que ver las imágenes de la población ucraniana saliendo de Kiev con los primeros bombardeos. Sin duda empeorará su situación de salud con el desplazamiento. El sistema de atención de salud colapsará en muchas localizaciones o pasará a estar centrado en la atención a las heridas de guerra, no pudiendo atender a otros problemas de salud. Igual sucederá con los servicios sociales, y cualquier sistema de atención social. Quienes más lo sufrirán serán, como siempre, los más vulnerables.

Se verá favorecida la transmisión de enfermedades. Algo todavía peor, además, en el contexto pandémico actual. No olvidemos que la pandemia de gripe de 1918 surgió en los últimos meses de la Primera Guerra Mundial. Algún artículo que estudiaba las similitudes y diferencias entre la pandemia de COVID-19 y de la de gripe de 1918 ha resaltado que “si la gripe española no fue imprevista, el contagio de COVID-19 fue parcialmente predecible y es de esperar que su impacto mundial no se vea eclipsado por una crisis importante como la Primera Guerra Mundial”.

La salud infantil se verá afectada y eso lastrará el desarrollo de toda una generación, precisamente la que debe asegurar el futuro de una comunidad. Las mujeres verán muy resentida su salud, como ya se ha visto en multitud de conflictos armados y ha denunciado



ONUMUJERES. En las guerras, las mujeres experimentan violencia, embarazo forzado, secuestro y abuso sexual y esclavitud.

La afectación del ambiente será grave. Entre otros, los espacios naturales pueden ser destruidos o la evacuación de residuos verse afectada. Pero, además, no puede olvidarse que la central nuclear de Chernobyl, protegida por su sarcófago y que ya tuvo un impacto en vidas humanas muy importante, está unos kilómetros al norte de Kiev, cerca de la frontera con Bielorrusia. Si los combates le afectan, el desastre podría ser una catástrofe añadida de repercusiones continentales.

El impacto de la guerra sobre la salud mental implicará un aumento de la incidencia y de la prevalencia de los trastornos mentales. Y afectará más a las mujeres que a los hombres.

La violencia de la guerra también debilitará, o anulará, las acciones que mejoran la salud. Es difícil que la prevención, la promoción o la protección de la salud se desarrollen en ambientes bélicos o dominados por la violencia.

Todos estos efectos han sido insuficientemente estudiados. Hace unos pocos años, un salubrista iraní, Mohsen Rezaeian, en la carta al editor de la revista *European Journal of Epidemiology* titulada “Wars versus SARS: Are epidemiological studies biased?”⁷⁴ (Guerras versus SARS: ¿Están sesgados los estudios epidemiológicos?), citaba que, en función de los artículos indexados en PubMed, para la epidemiología del SARS (síndrome respiratorio agudo grave) existían cerca de 2,5 artículos por muerte, mientras que para la epidemiología de guerras y conflictos armados había solo 0,00005 artículos por muerte sucedida en el siglo XX.

IX. Conclusiones

La pandemia nos ha obligado a seguir una cuarentena y con ella, de repente empezamos a tener mucho tiempo libre, tiempo que no teníamos hace mucho tiempo, para pensar. Las sociedades han empezado a pensar sobre su futuro, sobre sus aspiraciones, sobre la

⁷⁴ Rezaeian, Mohsen: Wars versus SARS: Are epidemiological studies biased? *Eur J Epidemiol.* 2014; 29(6): 453–454. Published online 2014 Jun 11. doi: 10.1007/s10654-014-9919-y



normalidad y como ésta se iba a configurar después de que el tema del virus se hubiera solucionado.

Esta situación que nos ha llevado a enormes reflexiones, tanto grupales como individuales y nos ha demostrado que hay alternativas posibles porque las sociedades se adaptan y porque el instinto de conservación y supervivencia del bien común es muy fuerte.

Y esta nueva normalidad nos está poniendo al frente de la posibilidad de asumir nuevas maneras de vivir y de consumir; nos ha demostrado, claramente, que el mercado no es la felicidad; que se puede producir de otra manera; que solo tenemos un planeta y que no podemos seguir indiferentes como países y como comunidad internacional a los devastadores efectos del cambio climático que cada vez se acelera más.

En ausencia de tales alternativas, no será posible prevenir la irrupción de nuevas pandemias, que, podrían llegar a ser peores que la que estamos viviendo.

También es pertinente preguntarnos, la “nueva normalidad”, qué implica? ¿Se van a recuperar las economías chiquitas de la gente del Sur Global, que vivía el día a día? ¿La gente que perdió sus empleos, los recuperarán? ¿Cómo van los escolares y los universitarios a recuperar los retrasos que supusieron dos años de no presencialidad, especialmente, en nuestro Sur Global, donde la conectividad a internet aún es un artículo suntuario y no una herramienta de trabajo o de estudio?

¿Qué pasará con las desigualdades sociales, la corrupción y la falta de protección social? ¿Acaso los gobiernos y los países que han visto como se han expuesto de manera desgarradora las desigualdades y las exclusiones durante la pandemia, especialmente para los grupos vulnerables de siempre, como mujeres, ancianos e indígenas, se obligarán a pensar nuevas alternativas, nuevas maneras de gobernar, de reproducir la riqueza y de distribuirla entre todos y todas?

La memoria humana es frágil y los intereses del mercado y del capital, muy poderosos. La pregunta más importante que nos hacemos al finalizar este escrito y luego de haber reflexionado y analizado las consecuencias de la pandemia en el mundo y en Bolivia, es si vamos a volver como si nada a las viejas prácticas de un estado consumista y depredador, o



si realmente hemos adquirido la consciencia necesaria para hacer un alto y repensar de qué manera queremos encarar la nueva normalidad y qué entendemos realmente por una nueva normalidad.

Las sociedades del Sur Global hemos olvidado pensar desde las política y los gobiernos, en una modalidad que se adapte a las necesidades de este espacio del mundo, en alternativas de vida que reduzcan todos los daños que son consecuencia del modelo capitalista vigente, como el calentamiento global, los llamados desastres naturales, la pérdida de biodiversidad, la incidencia cada vez más frecuente de las consecuencias del cambio climático (tsunamis, ciclones, inundaciones, sequías, aumento del nivel del mar debido al deshielo de los glaciares) y, como resultado, una mayor frecuencia en brote y epidemias e incluso pandemias que podemos esperar en los años próximos, por efecto de la emergencia de nuevas zoonosis, cada vez más globales y letales.

En este escenario, solamente mediante la articulación reflexiva entre los procesos de la política global con los procesos civilizatorios, será posible pensar en una nueva sociedad, que deje de cuestionar y destruir todas las otras formas de vida en el planeta.

Como diría Boaventura De Souza. *“La nueva articulación presupone un giro epistemológico, cultural e ideológico que respalde las soluciones políticas, económicas y sociales que garanticen la continuidad de una vida humana digna en el planeta. Este cambio tiene múltiples implicaciones. La primera es crear un nuevo sentido común, la idea simple y evidente de que, especialmente en los últimos cuarenta años, hemos vivido en cuarentena, en la cuarentena política, cultural e ideológica de un capitalismo encerrado en sí mismo, así como en la cuarentena de la discriminación racial y sexual sin las que el capitalismo no puede sobrevivir. La cuarentena causada por la pandemia es, después de todo, una cuarentena dentro de otra. Superaremos la cuarentena del capitalismo cuando seamos capaces de imaginar el planeta como nuestro hogar común y la naturaleza como nuestra madre original a la que debemos amor y respeto. No nos pertenece. Le pertenecemos a ella. Cuando superemos esa cuarentena, seremos más libres ante las cuarentenas provocadas por las pandemias”*.⁷⁵

⁷⁵ Boaventura de Sousa Santos. La cruel Pedagogía del virus. Ediciones Akal, S. A., 2020



X. Anexos

Revisión de medidas de política pública en salud y posibles propuestas para la acción

Sin duda alguna, la política pública en salud más importante del milenio recién comenzado, ha sido la creación del Sistema Único de Salud (SUS) y su puesta en funcionamiento en marzo de 2019.

Con la aprobación de la Ley del Sistema Único de Salud (SUS) N.º 1069 el Estado Plurinacional de Bolivia ha dado el paso para dotar a la población de un sistema de salud universal, público y gratuito. El Sistema Único de Salud beneficiará, a cerca del 51% de la población (5,8 millones de personas) que antes de su creación, no contaba con ningún tipo de seguro de salud.

El SUS arranc{olos primeros meses del año 2020 con un presupuesto de 200 millones de dólares provenientes del Tesoro General de la Nación (TGN); a esto se añade un incremento de 18.000 millones de incremento del año 2018 (Remanentes de la ley 475) y os 20.000 millones asignados por le TGN para 2019.

En cuanto a infraestructura, cuando arranca el SUS se contaba con 3.265 centros de salud por todo el país, de los cuales 3.090 son de atención de primer nivel, 56 son de segundo nivel y 35 son de tercer nivel. Además de esta infraestructura existe un plan para la construcción de 49 nuevos hospitales que permitirán ir aumentando el número de prestaciones que cubrirá el SUS. A la fecha, este plan está en pleno proceso de implementación y varios de esos hospitales de han entregado ya.

De forma paralela a la aprobación de la Ley, el Ministerio de Salud aprobó la contratación de 8.000 recursos humanos en salud para viabilizar la correcta atención de toda la ciudadanía a través del SUS.

El Sistema Único de Salud se presentó como una oportunidad, por un lado, y un reto, por otro lado, ya que Bolivia está en un momento de oro para tomar decisiones profundas que



tendrán impacto en la salud de los bolivianos de aquí a 40 años. El crecimiento económico sostenido que ha tenido Bolivia durante los últimos 12 años permite contar con los recursos necesarios para afrontar una reforma de este calado. Además, durante estos años ya se han implementado otras medidas que han permitido mejorar las condiciones de acceso a la salud de una buena de la población, sin embargo, es con esta reforma cuando se abre a la totalidad de la misma.

La universalidad del nuevo sistema supone el reconocimiento efectivo del acceso a la salud como un derecho fundamental. Esta cobertura universal, por tanto, se basa en la perspectiva basada en el reconocimiento del derecho de todos los ciudadanos a una atención de salud de calidad, a la protección social y a la participación plena en la sociedad. En último término se trata de una política que lucha contra la desigualdad sistémica garantizándole el acceso gratuito a aquellos que anteriormente eran expulsados del sistema.

El SUS acaba de comenzar su andadura y aún tardará años en alcanzar el 100% de las prestaciones programadas. Sin embargo, a los 5,8 millones de personas que por primera vez están asegurados en Bolivia, sus condiciones de vida han mejorado sustancialmente desde el 1 de marzo de 2019. Solamente con un Estado fuerte se pueden garantizar políticas inclusivas tan importantes y tras más de 12 años de un Gobierno que recuperó el Estado y puso a la economía al servicio de la mayoría social, ahora se puede garantizar el acceso universal y gratuito de toda la población al derecho fundamental de la salud.

El SUS ha significado el reconocimiento efectivo de la protección de la salud como un derecho humano fundamental. Esto se enmarca dentro de los incrementos que se han experimentado en cuanto al acceso a la salud en los últimos años a nivel latinoamericano. Para el año 2002 poco más de la mitad de los trabajadores asalariados (de 15 años o mayores) tenía acceso a la salud, mientras que en el año 2011 la cifra escaló ya hasta el 66% según datos de la CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe)⁷⁶. En el caso de Bolivia el porcentaje de asalariados de 15 años o más con acceso a sistemas de atención de salud estuvo tradicionalmente por debajo al de resto de la región, siendo en

⁷⁶ Bárcena, A., Protección de la salud como un derecho ciudadano. 2012



el año 2002 del 29,8% y habiendo mejorado para el año 2009 hasta el 44,4%, aún lejos de los promedios regionales.

Este déficit histórico en la cobertura sanitaria ha requerido de un mayor esfuerzo por parte de Bolivia para alcanzar mejores dotaciones en infraestructura, capacidades, servicios... que permitieran mejorar las condiciones de acceso a la salud. Según los datos de una publicación de 2017 de la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE)⁷⁷, en el periodo 2000-2014 el gasto en el sector salud se incrementó desde los 243,8 millones de dólares hasta los 1.428,1 millones de dólares, como podemos apreciar en la siguiente tabla. Esto supone un incremento del 485,8%.

GASTO PUBLICO EN SALUD 200-2014

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
Servicios para pacientes externos	87,0	97,6	95,3	120,7	199,1	248,8	349,3	494,6
Servicios hospitalarios	95,0	121,7	94,7	132,8	205,6	289,3	378,7	620,1
Servicios auxiliares de salud	0,0	1,1	0,1	0,3	0,4	0,9	3,1	4,0
Productos, útiles y equipos médicos fuera de establecimientos	1,7	2,0	1,9	0,7	2,5	3,5	3,2	8,9
Servicios de Salud Pública	16,4	13,6	18,3	27,2	12,4	39,8	64,1	80,0
Investigación y Desarrollo: Salud	0,7	0,0	0,8	1,7	0,0	0,0	0,0	0,3
Salud NEP	43,0	15,7	37,3	88,5	118,7	37,3	132,4	220,3
	243,8	251,7	248,4	371,9	538,7	619,6	930,8	1428,2

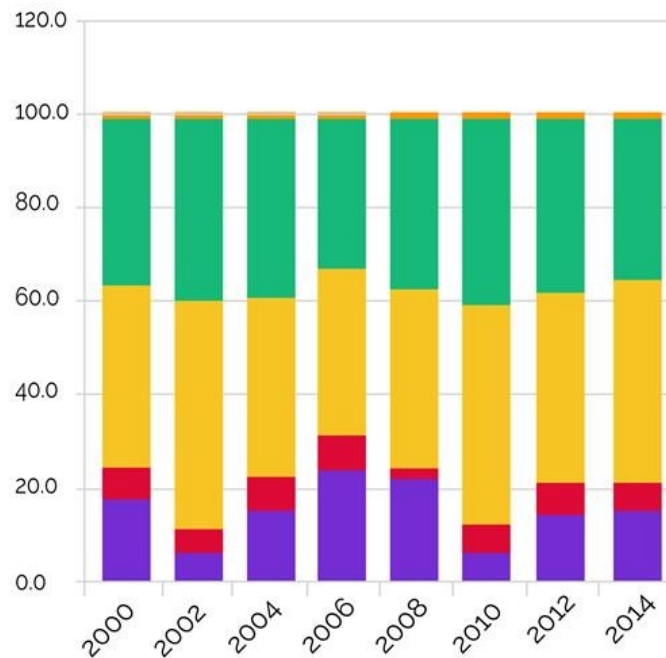
Atendiendo a los datos desagregados de gasto público en salud, se puede observar como el mismo se incrementa a mayor velocidad en los últimos años de la serie en todos los rubros. Esto muestra los esfuerzos que en los últimos años se han ido realizando para conseguir mejorar los servicios de salud que ya iban dirigiéndose a lograr una sanidad universal y gratuita.

⁷⁷ UDAPE Bolivia: Estimaciones de Gasto Público Social y Gasto en Infancia, Niñez y Adolescencia. 2017



En cuanto al peso específico de cada uno de los sectores del gasto público en salud, como vemos en el siguiente gráfico destaca, en primer lugar, el gasto en “Servicios hospitalarios” que en el año 2014 alcanzó el 43,4% sobre el total. Dentro de este rubro destacaban los programas del Seguro Universal Materno Infantil, los Servicios de Consultoría Externa y Hospitalización, el gasto de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) y el Gasto de Gestión de Salud.

COMPOSICION DEL GASTO PUBLICO EN SALUD 2000-2014



	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
■ Salud NEP	17.6	6.2	15.0	23.8	22.0	6.0	14.2	15.4
■ Productos, útiles y equipos médicos fuera de establecimientos	6.7	5.4	7.3	7.3	2.3	6.4	6.9	5.6
■ Servicios para pacientes externos	39.0	48.4	38.1	35.7	38.2	46.7	40.7	43.4
■ Investigación y Desarrollo Salud	35.7	38.8	38.4	32.5	37.0	40.2	37.5	34.6
■ Servicios de Salud Pública, auxiliares y hospitalarios	1.0	1.2	1.2	0.7	0.5	0.7	0.7	1.0

FUENTE: UDAPE, 2015



En segundo lugar encontramos los gastos en “Servicios para Programas Externos” que en el año 2014 representaron el 34,6%. Este gasto corresponde a erogaciones para servicios hospitalarios ambulatorios generales y especializados, servicios odontológicos y paramédicos. Dentro de este rubro destacan el gasto en servicios personales que representa el 70% del mismo y fue principalmente realizado por los SEDES, y que a partir del año 2007 experimentó un incremento promedio anual del 15% debido a los constantes incrementos salariales en el sector salud, así como a la creación de nuevos puestos de trabajo.

Es de destacar que, en estos dos principales componentes del gasto público en salud tenían un gran peso los SEDES, que con la aprobación del Seguro Único de Salud (SUS) pasan a ser gestionados de forma centralizada por el Gobierno. En cuanto al resto de sectores tienen un menor peso, con la excepción de los últimos años de la categoría de Salud NEP (Salud no específica) que incluye erogaciones en administración, coordinación y vigilancia de políticas, planes y programas en materia de salud y que experimenta un importante incremento a partir del año 2012.

Durante la implementación del Sistema Único de Salud, se han adoptado decisiones y disposiciones que se ajustan a las necesidades de la atención universal y gratuita de la población en las diferentes etapas del proceso, las mismas que se enmarcan en la normativa vigente:

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia⁷⁸, parágrafo I, Art. 35: establece que el Estado en todos sus niveles protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida; el Art. 36 37 garantiza el acceso gratuito al servicio de salud para toda la población y que obliga al Estado a hacerse responsable de efectivizar este derecho; el Art. 40 garantiza la participación de la población en la gestión de salud, lo cual otorga a la población la posibilidad de participar en la determinación de los problemas del servicio de salud.

⁷⁸ La Constitución Política del Estado, fue aprobada mediante referéndum el 25 de enero del 2009 y entró en vigencia el 7 de febrero de 2009, creando así las bases fundamentales Estado Plurinacional de Bolivia donde se señala los derechos, deberes y garantías de la población, la estructura y organización del estado. Consta de 5 partes y 411 artículos, de los cuales varios se refieren a salud.



En el párrafo III, Art. 18 establece las características del Sistema Único de Salud dentro del marco equitativo, participativo, con calidad, calidez y control social; se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

Sin embargo, hubieron otras medidas que se fueron implementando, como precursoras del SUS y que fueron otorgando derechos a la población en materia sanitaria, desde la promulgación de la CPE. Estas fueron las más relevantes:

La Ley del Seguro Universal Materno - Infantil⁷⁹ (SUMI), aprobada el año 2002; que tuvo la finalidad de reducir las tasas de morbilidad infantil en estos grupos de población vulnerables, siendo los beneficiarios de este derecho:

- Mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los seis meses después del parto.
- Niños y niñas menores de 5 años

El año 2005 se amplió las atenciones del SUMI⁸⁰ con el propósito de asegurar una maternidad segura a las mujeres en edad fértil, así como la obligatoriedad en la prevención de cáncer de cuello uterino y la prevención de cáncer de mama, contemplando además métodos de anticoncepción voluntaria y libremente consentida.

Programa del bono Juana Azurduy aprobado el año 2009, que crea subsidios monetarios a modo de incentivo económico para aquellas mujeres embarazadas que no estén afiliadas a la seguridad social a corto plazo, que se someten a control prenatal, atiendan su parto por personal calificado y lleven a su hijo a control del crecimiento y desarrollo durante dos años.

Seguro de Salud para el Adulto Mayor, creado en 2006, que garantiza servicios de salud a todas las personas mayores de sesenta años, consistente en atención ambulatoria, servicios complementarios de diagnóstico, atenciones odontológicas, hospitalización, tratamientos

⁷⁹ Ley 2426 de Seguro Universal de Salud Materno-infantil de 21 de noviembre del 2002. Decretos Supremos Nos. 26873 - 26874 y 26875 de 21 de diciembre de 2002 se reglamentan las prestaciones y la gestión del Seguro Universal Materno Infantil, así como el Modelo sanitario y Directorios Locales de Salud.

⁸⁰ Bolivia: Ley Nº 3250, 6 de diciembre de 2005.



médicos y quirúrgicos, y la provisión de insumos, medicamentos necesarios y productos naturales tradicionales, de acuerdo a cada nivel de atención, acompañando el listado de prestaciones.

Ley General de la Discapacidad⁸¹ promulgada el año 2012, garantiza el acceso de las personas con discapacidad a los servicios integrales de promoción, prevención, atención, rehabilitación y habilitación, con carácter gratuito, de calidad y con calidez, en la Red de Servicios Públicos y en los diferentes niveles de atención.

Ley 475 del 30 de diciembre de 2013, de prestaciones de servicio de salud integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria, no cubierta por el Seguro Social de corto plazo, que fue el paso más cercano al SUS.

Ley 1069 Modificatoria a la Ley N° 475⁸² que se publica el 28 de mayo de 2018, a fin de optimizar el uso de los recursos financieros asignados a la atención integral de salud, como paso inicial de la implementación del SUS y en el marco de los Encuentros por la Salud y la Vida que estaban en ese momento analizando la pertinencia de la implementación del SUS a finales del año 2018, cosa que sucedió a comienzos de 2019.

Y finalmente, el miércoles 20 de Febrero de 2019 se promulga la ley 1152⁸³ del 20 de febrero del 2019, en el Art. 1 tiene por objeto modificar la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificada por Ley N° 1069 de 28 de mayo de 2018, para ampliar la población beneficiaria que no se encuentra cubierta por la Seguridad Social de Corto Plazo, con atención gratuita de salud, es decir, nace el Sistema Único de Salud en Bolivia.

Información económico-financiera del sistema de salud en Bolivia a marzo de 2019

Para poder implementar el SUS, se realizaron varios e importante análisis de costos durante el 2019, el mismo que toma en cuenta financiamiento en gasto corriente (Productos en salud, enfermedades de alto costo y costos de RRHH) e inversión en capital (equipamiento

⁸¹ Ley General para Personas con Discapacidad, 2 de marzo de 2012.

⁸² Ley 475 del 30 de diciembre de 2013, de prestaciones de servicio de salud integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria, no cubierta por el Seguro Social de corto plazo.

⁸³ Ley 1152 del 20 de febrero de 2019, ampliación de prestaciones de servicio de salud integral y la protección financiera en salud de la población, no cubierta por el Seguro Social de corto plazo.



e infraestructura). Aquí detallaremos brevemente los principales cálculos que hicieron posible poner en funcionamiento al Sistema Único de Salud en Bolivia

El presupuesto que fue calculado para poder iniciar el SUS, desglosado por ítems es el siguiente:

PRESUPUESTO PARA LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA UNICO DE SALUD (EN DÓLARES)	
COSTOS POR RUBRO SUS	PRESUPUESTO 2019
ATENCIÓN DE LA SALUD (PRODUCTOS DE SALUD)	79,748,700
ENFERMEDADES DE ALTO COSTO	31,112,446
RECURSOS HUMANOS	56,937,048
FORTALECIMIENTO INTEGRAL DE HOSPITALES (INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO)	32,201,806
INFRAESTRUCTURA	6,699,912
EQUIPAMIENTO	25,501,894
TOTAL IMPLEMENTACION SISTEMA UNICO DE SALUD	200,000,000

FUENTE: Ministerio de Salud, 2019

Adicionalmente, se tenía contemplado un presupuesto para el Plan de Hospitales nuevos de \$us. 1.934 millones de dólares a ser ejecutado hasta el año 2025.

PRESUPUESTO PLAN DE HOSPITALES		
TOTAL HOSPITALES (Bs)		12,395,422,429
Brecha en Equipamiento		877,036,472
MONTO TOTAL Bs		13,272,458,901
MONTO TOTAL \$US		1,934,760,773

Fuente: AISEM, 2019

Por otra parte, el Gasto en Salud que se fortaleció con la implementación del Sistema Único de Salud contempló también las asignaciones presupuestarias de los Gobiernos Departamentales y mínimamente el 15.5% de Coparticipación Tributaria Municipal.

Gasto en salud de los Gobiernos Autónomos Departamentales (GADs)

Según las cuentas de salud registradas en el sistema SIGEP, la ejecución presupuestaria del gasto en salud de las GAD's el año 2020, éste estaba financiado en **un 68,6%**, con



recursos provenientes directamente del Tesoro General de la Nacional (TGN). El gasto en salud con fuente de financiamiento propia de los GAD's alcanzaba en ese momento, a tan solo el **15.2%** del total, o sea, unos **\$us 106 millones**, el 16% del gasto en salud se financiaba con recursos propios de los hospitales unos \$ 111 millones. Para tener una idea de lo que explicamos, ver el cuadro siguiente

GASTOS EN SALUD DE LAS GOBERNACIONES POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO

GASTOS EN SALUD DE LAS GADs POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO								
GAD's	FUENTES EXTERNAS	RECURSOS GAD	%	RECURSOS PROPIOS HOSPITALES	%	TGN	%	Total general
0901 Gobierno Autónomo Departamental de Chuquisaca	830,724	83,481,000	18%	91,645,622	20%	280,363,384	61%	456,320,729
0902 Gobierno Autónomo Departamental de La Paz	7,698,099	37,868,547	4%	171,530,675	18%	750,273,502	78%	967,370,823
0903 Gobierno Autónomo Departamental de Cochabamba	1,906,523	28,007,613	4%	131,483,999	20%	480,152,279	75%	641,550,414
0904 Gobierno Autónomo Departamental de Oruro	715,423	26,732,729	10%	42,044,931	16%	191,356,003	73%	260,849,086
0905 Gobierno Autónomo Departamental de Potosí	1,004,602	56,599,450	15%	37,272,263	10%	273,508,240	74%	368,384,555
0906 Gobierno Autónomo Departamental de Tarija	0	177,541,653	35%	53,476,813	10%	282,755,292	55%	513,773,758
0907 Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz	80,225	233,278,044	21%	206,957,302	18%	686,459,856	61%	1,126,775,427
0908 Gobierno Autónomo Departamental del Beni	0	36,917,459	12%	32,303,302	10%	240,703,528	78%	309,924,289
0909 Gobierno Autónomo Departamental de Pando	120,949	35,794,731	25%	1,426,435	1%	108,140,877	74%	145,482,992
4601 Gobierno Autónomo Regional del Gran Chaco	0	12,047,058	100%	0	0%	0	0%	12,047,058
Total general (en Bolivianos)	12,356,545	728,268,283	15%	768,141,342	16%	3,293,712,962	69%	4,802,479,131
Total general (en Dolares)	1,801,246	106,161,557		111,973,957		480,133,085		700,069,844

FUENTE: MEF-SIGEP

Los Recursos de Coparticipación Tributaria Municipal 15.5% en 2019 para los Primeros y Segundos niveles de atención en los 341 municipios es de \$us 471 millones de dólares de los cuales el 15.5% de Coparticipación Tributaria alcanzaría a \$us 181 millones. (ver Tabla 4)

PRESUPUESTO 2019 EN SALUD POR MUNICIPIO

Por Departamento	TOTAL PPTO 2019	CPT (15,5%)
29 MUNICIPIOS DEPTO DE CHUQUISACA	169,054,161	72,170,677
87 MUNICIPIOS DEPTO DE LA PAZ	689,089,905	337,126,881
47 MUNICIPIOS DEPTO DE COCHABAMBA	507,213,789	217,622,321
34 MUNICIPIOS DEPTO DE ORURO	117,731,954	61,066,566
40 MUNICIPIOS DEPTO DE POTOSI	222,145,287	102,660,231
11 MUNICIPIOS DEPTO DE TARIJA	189,460,791	59,942,631
55 MUNICIPIOS DEPTO DE SANTA CRUZ DE LA SIERRA	1,128,192,968	325,520,154
19 MUNICIPIOS DEPTO DE BENI	130,106,857	52,317,111
15 MUNICIPIOS DEPTO DE PANDO	70,396,417	13,690,951
GAIOC 3	5,598,924	5,148,924
TOTAL MUNICIPIOS (en Bolivianos)	3,228,991,053	1,247,266,477
TOTAL en dólares americanos	470,698,404	181,817,271



Fortalecimiento integral de Hospitales (Infraestructura y Equipamiento)

Para el análisis de fortalecimiento integral de los hospitales se realizó un proceso de relevamiento de información, en relación a los establecimientos de salud priorizados, de acuerdo al Índice Municipal de Salud, haciendo hincapié en el primer nivel de atención, en los 125 municipios que fueron priorizados en un inicio y hospitales de Tercer y Segundo nivel en cuatro áreas críticas identificadas:

- **Área de urgencias**
- **Área quirúrgica**
- **Área de terapia intensiva:**
- **Áreas de apoyo diagnóstico:** Servicios de Imagenología y laboratorio principalmente.

El costo total para el fortalecimiento con infraestructura e equipamiento fue de \$us 64.7 millones de dólares, que incluyeron los presupuestos para los tres niveles de atención

FORTALECIMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS Y HOSPITALES DE LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN

FORTALECIMIENTO DE ESS Y HOSPITALES CON INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO					
DEPARTAMENTOS	PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	HOSPITAL DE NIÑOS	HOSPITAL DE TERCER NIVEL	TOTAL Bs
Beni	2,292,000	13,579,600		4,085,912	19,957,512
Chuquisaca	6,737,000	10,184,700		30,861,752	47,783,452
Cochabamba	8,761,000	13,579,600	8,562,600	38,360,894	69,264,094
La Paz	19,099,000	27,159,200	13,904,400	45,821,033	105,983,633
Oruro	11,390,000	6,789,800		1,789,366	19,969,166
Pando	7,501,000	3,394,900			10,895,900
Potosí	32,850,000	10,184,700		19,549,238	62,583,938
Santa Cruz	4,931,000	23,764,300	13,530,000	58,448,416	100,673,716
Tarija	2,292,000	4,688,475			6,980,475
Total general Bs	95,853,000	113,325,275	35,997,000	198,916,612	444,091,887
Total general \$us	13,972,741	16,519,719	5,247,376	28,996,591	64,736,427



El monto asignación del presupuesto 2019 del Sistema Único de Salud es de \$us 32.2 millones de dólares.

Todos estos presupuestos aquí expuesto fueron destinados al fortalecimiento de los establecimientos de salud del subsector público de la salud; esto fue crucial en el año 2020 cuando se explota la pandemia del SARS-COV-2 en Bolivia; en ese momento, ya había un 56% de la población que estaba inscrita en el SUS, me refiero a la población sin seguridad social a corto plazo (Cajas de salud), y gracias a esta situación, la mortalidad por COVID-19 no ha sido todo lo catastrófico que pudo haber sido, debido a la ausencia de medidas ordenadas y adecuadas en el ámbito sanitario, debido a la ruptura del orden constitucional. Luego de haber hecho esta reseña, podemos asegurar sin temor a equivocarnos que el Sistema Único de Salud es la única alternativa que va a permitir cumplir con el acceso a la salud; ya lo ha demostrado en la época de la pandemia.

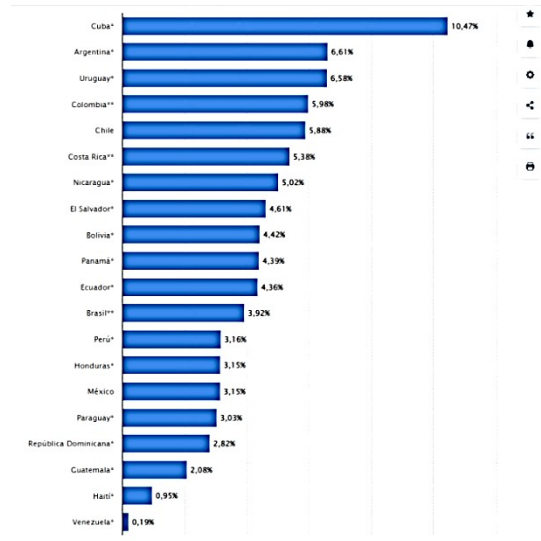
Aun el Sistema Nacional de Salud todavía requiere fortalecer un funcionamiento más articulado donde se dé mayor relevancia a la salud preventiva y a los Establecimientos de Salud de primer nivel en el marco de un modelo de gestión de salud con mejor coordinación, mayor equipamiento y calidad en la atención de sus servicios y laboratorios, una mayor relevancia de la salud intercultural, y mejor información. Aunque nos e puede negar que Bolivia ha mejorado ampliamente su gasto en salud como porcentaje del PIB. Un indicador que se utiliza en el mundo entero para establecer indirectamente la calidad de los servicios de Salud. Hasta el año 2020, el Banco Mundial, con datos de 2018, había estimado el siguiente cuadro para América latina:

Ranking de los países de América Latina y el Caribe con mayor gasto público en salud como porcentaje del PIB en 2020⁸⁴

⁸⁴ <https://es.statista.com/estadisticas/1270377/paises-con-mayor-gasto-sanitario-como-porcentaje-del-pib-en-latinoamerica/>



Ranking de los países de América Latina y el Caribe con mayor gasto público en salud como porcentaje del PIB en 2020



Ahora bien, a la fecha, el Ministerio de Salud y Deportes con el apoyo de OPS/OMS está elaborando el documento de Cuentas Nacionales en Salud, el mismo que tiene una serie de estudios realizados por profesionales bolivianos y que demuestra la mejora del gasto en salud en Bolivia en estos dos últimos años,, desde la recuperación de la democracia.

Según este documento preliminar, la situación es la siguiente:



INDICADORES DE SALUD PER CAPITA

FUENTE: Cuentas Nacionales de Salud 2018-2019 – Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia- Documento preliminar

INDICADORES DE GASTO EN SALUD PER CÁPITA					
INDICADOR DE SALUD	TIPO GASTO	2018		2019	
		RESULTADO		RESULTADO	
Gasto corriente total en salud per cápita en bolivianos	CORRIENTE	Bs	1,564	Bs	1,648
Gasto corriente total en salud per cápita en US\$ (al tipo de cambio promedio)	CORRIENTE	\$	228	\$	240
Gasto corriente en salud del gobierno general per cápita en bolivianos	CORRIENTE	Bs	1,177	Bs	1,209
Gasto corriente en salud del gobierno general per cápita en US\$ (al tipo de cambio promedio)	CORRIENTE	\$	172	\$	176
Gasto directo de los hogares en salud per cápita en bolivianos	CORRIENTE	Bs	323	Bs	364
Gasto directo de los hogares en salud per cápita en US\$ (al tipo de cambio promedio)	CORRIENTE	\$	47	\$	53
Gasto corriente en salud de la seguridad social (pública y privada) per cápita (personas afiliadas estimacion) en bolivianos	CORRIENTE	Bs	1,318	Bs	1,372
Gasto corriente en salud de la seguridad social (pública y privada) per cápita (personas afiliadas) en US\$ (al tipo de cambio promedio)	CORRIENTE	\$	192	\$	200
Gasto corriente en salud del subsector público per cápita (personas no afiliadas a la seguridad social) en bolivianos	CORRIENTE	Bs	1,097	Bs	1,117
Gasto corriente en salud del subsector público per cápita (personas no afiliadas a la seguridad social) en US\$ (al tipo de cambio promedio)	CORRIENTE	\$	160	\$	163

Claramente los gastos han ido aumentando gradualmente; esto no solamente en el subsistema público, sino también en el subsistema de la seguridad social, lo que muestra que la política del gobierno es fortalecer el sistema sanitario y hacer cada vez mayor el acceso a la salud para las y los bolivianos



BIBLIOGRAFÍA

A. Du Toit, (19.3.20) Outbreak of a novel coronavirus, Nat. Rev. Microbiol.[Internet] 2020 [(123) Disponible en: URL <https://doi.org/10.1038/s41579-020-0332-0>.

Almeida-Filho N, Silva-Paim J. (S.F) La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales. 1999; 75: 5-30.

Almeida Filho N. (2010) A problemática teórica da determinação social da saúde. En: Nogueira RP (Org). Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: CEBES. 2010: 13-36. [Internet].
Disponible en: <http://www.cebess.org.br/media/File/Determinacao.pdf>.

Andersen N, Silva-Paim J. (S.F)
La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales. 1999; 75: 5-30.

ATB (S.F) <https://www.atb.com.bo/sociedad/bolivia-no-tiene-medidas-de-bioseguridad-para-posibles-casos-de-Coronavirus-seg%C3%BAAn-especialis>

Arouca S. (2008)
El dilema preventivista. Contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva. Buenos Aires: Lugar Editorial;

Bárcena, A., (2012)
Protección de la salud como un derecho ciudadano.

Boaventura de Sousa Santos. (2020)
«Para alimentar la llama de la esperanza». Revista Casa de las Américas N° 298 5-15.

Biden (1.8.21) consulta. En plena pandemia, el gobierno de Biden donó 60 millones de dólares en ayuda militar a su homólogo ucraniano, sumándose a los más de 2 millones donados desde 2014. “Ucrania recibe muestra de apoyo de EEUU. frente a agresión rusa”, DW.
(15/9/21) consulta <https://www.dw.com/es/ucrania-recibe-muestra-de-apoyo-de-eeuu-frente-a-agresión-rusa/a-59056703> Las dosis donadas por Rusia fueron sólo en concepto de muestras gratuitas a Nicaragua y Belice (6000 y 20 000 dosis, respectivamente), países que ya estaban considerando la adquisición de esas vacunas.



Bourdieu P. (1998)
O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil;. p.60-61

Bogoch, A. Watts, A. Thomas-Bachli, C. Huber, M.U.G. Kraemer, K. Khan (18.3.2020)
Pneumonia of unknown etiology in wuhan, China: potential for international spread via commercial air travel. J. Trav. Med.[Internet]. 2(1). Disponible en: URL
<https://doi.org/10.1093/jtm/taaa008>.

Breilh J. Espejo (2008) Epidemiólogo, nueva lectura de sus ideas científicas. En: Naranjo P, Fierro R (editores). Eugenio Espejo: Su época y su pensamiento. Quito: Corporación Editora Nacional; 2008.

Breilh Jaime (2003) Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Buenos Aires: Lugar editorial; 2003.

Breilh J. Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Buenos Aires: Lugar editorial; 2003.

Breilh Jaime (2003). Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Buenos Aires: Lugar editorial; 2003

51 Breilh Jaime. (2003) Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Buenos Aires: Lugar editorial; 2003

52 Breilh Jaime (1.9.2020)La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev Fac Nac Salud Pública [revista en Internet]. 2013; 31 Suppl 1: [aprox. 30p]. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002

Breilh Jaime (1.9.2015) Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio: repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud. Rev Bras Epidemiol [revista en Internet].

Breilh. Critical Epidemiology and the Peoples' Health.
Breilh Jaime (2019). Ciencia crítica sobre impactos en la salud colectiva y ecosistemas (Guía investigativa pedagógica, evaluación de las 4 «S» de la vida) (Quito: Andina EcoSaludable, UASB-E, 2019).



<https://oxfamlibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/578871/cr-privileges-deny-rights-inequality-lac_300915-summ-es.pdf?sequence=3&isAllowed=

Brehil, Jaime COVID-19: Determinación social de la catástrofe, el eterno presente de las políticas y la oportunidad de repensarnos.
<https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/7396/1/03-EN-Breilh.pdf>

Bourdieu P. (1998) O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; p.60-61

Carlos Gustavo Machicado S. (Agosto 2020). en “Impacto socioeconómico de la pandemia de la COVID-19 en Bolivia”, ONU Bolivia.

C. Huang, Y. Wang, X. Li, L. Ren, J. Zhao, Y. Hu, et al., (19.9.2020) Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China, Lancet [Internet]. 395 (10223). Disponible en: URL 497–506, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)

Cebes, (2010) Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária. Roberto Passos Nogueira (Organizador) Rio de Janeiro: 2010. [Internet]. Disponible en: <http://www.cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf>

Constitución Política del Estado (Bolivia) (7.02.2009), fue aprobada mediante referéndum el 25 de enero del 2009 y entró en vigencia el 7 de febrero de 2009, creando así las bases fundamentales Estado Plurinacional de Bolivia donde se señala los derechos, deberes y garantías de la población, la estructura y organización del estado. Consta de 5 partes y 411 artículos, de los cuales varios se refieren a salud.

Cepal - Comisión Económica para América Latina (8.7.2021), “La paradoja de la recuperación en América Latina y el Caribe. Crecimiento con persistentes problemas estructurales: desigualdad, pobreza, poca inversión y baja productividad”. Santiago de Chile, Cepal, Informe especial COVID 19, núm. 11,
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47043/5/S2100379_es.pdf
 Naciones Unidas, UNESCO, art. cit.

Cheng, V. C. C., Lau, S. K. P., Woo, P. C. Y., & Yuen, K. Y. (18.3.2020) Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus as an Agent of Emerging and Reemerging Infection.



Clinical Microbiology Reviews. [Internet] 2007 20(4) Disponible en: URL 660-694. doi:10.1128/cmr.00023-07

Daniel-Feierstein <https://www.pagina12.com.ar/295167-daniel-feierstein-en-poblaciones-que-lidiaron-con-crisis> fue

Daniel Ruvalcaba, (Julio 2021) “La política exterior de Joseph Biden hacia América Latina: un análisis prospectivo al inicio del nuevo gobierno”, Revista Izquierdas, 2021,

Desrosiers G.(1996) Évolution des concepts et pratiques modernes en santé publique. Ruptures ; 3(1):18-28.

Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. (2002) Bases sociales de las disparidades en salud. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhulya A, Wirth M. Desafío a la falta de equidad en salud: de la ética a la acción. Washington. OPS.: 13-25

Donnangelo C. (1982) Aula en Curso de Medicina Social. São Paulo: Associação dos Sociólogos do Estado de São Paulo; 1982

El Deber https://eldeber.com.bo/edicion-impresa/confirman-dos-casos-de-coronavirus-y-accionan-medidas-de-contencion_169079

<https://www.efe.com/efe/america/sociedad/impiden-el-ingreso-de-una-paciente-con-coronavirus-a-hospitalespñenpñbolivia/20000013-419370pñ>

Eibenschutz C, Tamez S, González R. /2011) ¿Determinación social o Determinantes sociales de la salud? México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2011.

Praxiología: (griego praktikos: activo.) Esfera de las investigaciones sociológicas, que estudia la metodología del análisis de las distintas acciones o los conjuntos de ellas desde el punto de vista del establecimiento de su eficiencia. Es uno de los métodos de las investigaciones sociológicas modernas. La esencia de este método consiste en la investigación práctica (e histórica) y la caracterización de los diversos hábitos y procedimientos laborales, la aclaración de sus elementos y la formulación, sobre esta base, de distintas recomendaciones de carácter práctico. La praxiología se ocupa de la historia de las categorías mencionadas, así como de las investigaciones concretas del trabajo de colectividades, del análisis de las formas de organización del trabajo, su especialización y de los factores subjetivos (mucho menos, también de los objetivos) del cambio de la



organización y el grado de eficiencia del trabajo. La praxiología examina la interacción de los individuos, así como del individuo y el colectivo en el proceso de producción.

Eibenschutz C, Tamez S, González R. (2011)¿Determinación social o Determinantes sociales de la salud? México: Universidad Autónoma Metropolitana;

Eugenio Espejo (2008): Su época y su pensamiento. Quito: Corporación Editora Nacional;

Fuolha.uo Brasil (19.3.2020) confirma primeiro caso do novo coronavírus. Folha de S. Paulo. February. [actualizado 29 enero de 2020, citado 19 mar 2020] Disponible en: URL. <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/02/brasil-confirma-primeiro-caso-do-novo-coronavirus.shtml>

Guba EG, Lincoln YS. (2005) Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging influences. In: Denzin NK, Lincoln YS, eds. The Sage Handbook of Qualitative Research.3rd ed. Thousand Oaks, CA: SAGE publications 2005. p.p. 191-215.

GRUPO DE COORDINACIÓN ESTRATÉGICA COVID-19 (03.05.2020) Análisis Situacional de la Emergencia Sanitaria contra el COVID-19 Reporte N° 06 03/05/2020. Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia

Haoguang Liang y Zhang Yaojun, (2019) The theoretical system of Belt and Road Initiative, Luxemburgo, Springer, .

Héctor Abad FACIOLINCE.(2007) El olvido que seremos. Barcelona: Seix- Barral,

Hernández M. (2011) Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. En: Eibenschutz C, Tamez S, González R. ¿Determinación social o Determinantes sociales de la salud? México: Universidad Autónoma Metropolitana;

Holshue M. (19.3.2020) First Case of 2019 Novel Coronavirus in the United States. The New England Journal of Medicine. [Internet] 2020 [citado 19 mar 2020] 382 (4). Disponible en: URL <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa200119>

H. Lu (2020) . Drug treatment options for the 2019-new coronavirus (2019-nCoV). BioScience Trends.[Internet] [citado 18 mar 2029] 14 (1). Disponible en: URL [doi:10.5582/bst.2020.01020](https://doi.org/10.5582/bst.2020.01020)



H. Lu, C.W. Stratton, Y.W. Tang, (18.3.20) Outbreak of pneumonia of unknown etiology in wuhan China: the mystery and the miracle. J. Med. Virol [Internet] 92 (4). Disponible en: URL 401–402, <https://doi.org/10.1002/jmv.25678>.

Informe del Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia marzo 2021:
<https://comunicacion.gob.bo/?q=20210217/31834>

Ivana Karaskova y Veronika Blabova, (24.3.21)“The Logic of China’s Vaccine Diplomacy”, The Diplomat, ,<https://thediplomat.com/2021/03/the-logic-of-china’s-vaccine-diplomacy/>

Juan Gabriel Tokatlian, (13.6.2021“Equidistancia y para-diplomacia”, Clarín, https://www.clarin.com/opinion/equidistancia-diplomacia_0_Zjly6EHYM.html

<https://www.la-epoca.com.bo/2021/01/21/la-situacion-de-la-pandemia-en-bolivia>

<https://www.la-razon.com/sociedad/2020/03/31/hospitales-camas-terapia-intensiva>

Ley 2426 de Seguro Universal de Salud Materno-infantil de 21 de noviembre del 2002. Decretos Supremos Nos. 26873 - 26874 y 26875 de 21 de diciembre de 2002 se reglamentan las prestaciones y la gestión del Seguro Universal Materno Infantil, así como el Modelo sanitario y Directorios Locales de Salud

Bolivia: Ley N° 3250, 6 de diciembre de 2005

Ley General para Personas con Discapacidad, 2 de marzo de 2012.

Ley 475 del 30 de diciembre de 2013, de prestaciones de servicio de salud integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria, no cubierta por el Seguro Social de corto plazo.

Ley 1152 del 20 de febrero de 2019, ampliación de prestaciones de servicio de salud integral y la protección financiera en salud de la población, no cubierta por el Seguro Social de corto plazo.



Marmot M, Wilkinson (1999) RG (eds). Social Determinants of Health. New York: Oxford University Press;

<https://www.minsalud.gob.bo/4012-una-mujer-de-78-anos-es-la-primera-victima-del-coronavirus-en-el-pais-ministro-de-salud> 2009

OMS (11.3.20) Who.int. Transcripto de conferencia de la OMS. [actualizado 20 marzo 2020, citado 20 marzo 2020] Disponible en URL https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencies-coronavirus-press-conference-full-and-final-11mar2020.pdf?sfvrsn=cb432bb3_2

OMS Who.i(11.3.20) nt. Transcripto de conferencia de la OMS [actualizado 20 marzo 2020, citado 20 marzo 2020] Disponible en URL https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencies-coronavirus-press-conference-full-and-final-11mar2020.pdf?sfvrsn=cb432bb3_2

OMS-Organización Mundial de La Salud. (2005) Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Ginebra. 2005. [Internet]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf

Plan de desarrollo económico social 2021 – 2025 - ministerio de planificación del desarrollo

Pol Morillas (07.2021) Multiporalidad sanitaria: El uso geopolítico de la vacuna. Pol Morillas, CIDOB Report

Rothan H., Byraredddy S (19.3.20). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19). Outbreak. Journal of Autoimmunity. [Internet] 2020) 17 (1). Disponible en: URL <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>

René Zavaleta Mercado (2011) Obra completa, Plural Editores.



Rezaeian, Mohsen (11.6.2014) : Wars versus SARS: Are epidemiological studies biased?

Eur J Epidemiol. 29(6): 453–454. Published online 2014 Jun 11. doi: 10.1007/s10654-014-9919-

Rosen G. Siglo XXI De la policía médica a la medicina social. México: editores; 1985.

Rosen G. (1993) A history of public health. Expanded edition. Baltimore: The Johns Hopkins University Press;

UNESCO, Naciones Unidas, (4.8.21) “covid-19 y Vacunación en América Latina y el Caribe: desafío, necesidades y oportunidades”, <https://es.unesco.org/news/covid-19-y-vacunacion-america-latina-y-caribe-desafios-necesidades-y-oportunidades>

Naciones Unidas, UNESCO, art. cit. Saul Bernard Cohen, (2014) “Geopolitics: the geography of international relations”, Londres, Rowman & Littlefield.

Samantha Kiernan, Sere-na Tohme, Kailey Shanks y Basia (4.6.21) Rosenbaum, hoy-noticias-pandemia-vacunacion-covax-francia-bolivia;
 , “The Politics of Vaccine Do-nation and Diplomacy Is a friend in need a friend indeed?”, Think Global Health, <https://www.thinkglobalhealth.org/article/politics-vaccine-donation-and-diplomacy>

Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao (18.3.2020), A novel coronavirus outbreak of global health concern. The Lancet [Internet]. 2020 35(10223). Disponible en: URL doi:10.1016/s0140-6736(20)30185

World Health Organisation. 2020. [actualizado 12 enero de 2020, citado 19 mar 2020]. Disponible en: URL <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/>

Zuazo Oblitas, Moira (6.2019) en “Cultura política de la democracia en Bolivia. 20 años”. Primera edición, © Ciudadanía, Comunidad de Estudios Sociales y Acción Pública

