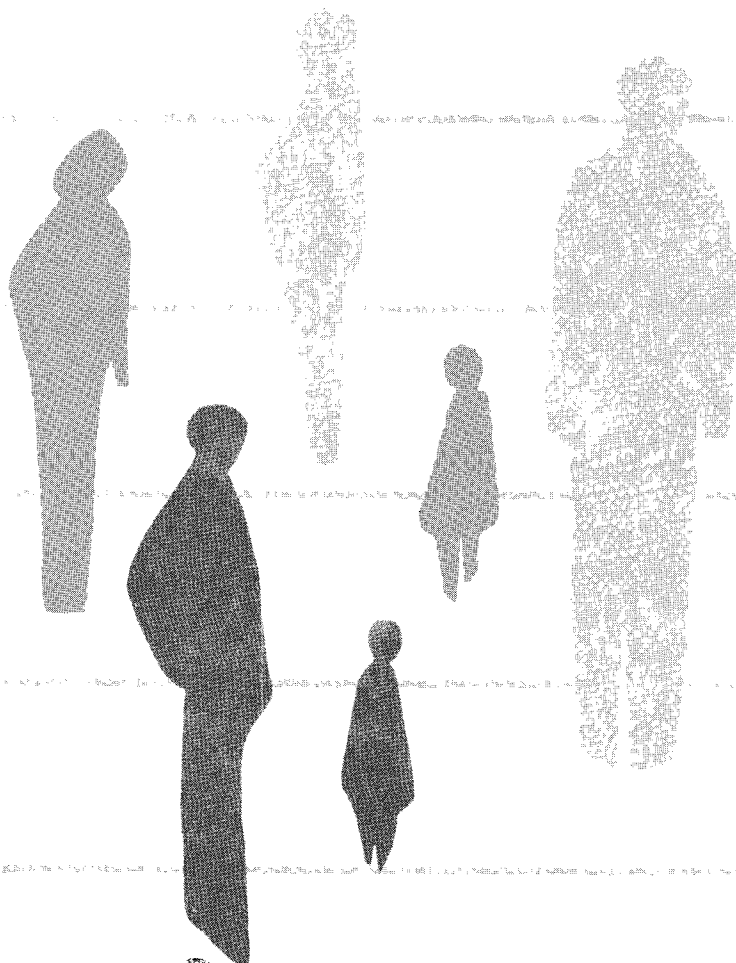


La Experiencia
de BOLIVIA
(1982 - 1985)

SALUD y DEMOCRACIA

DR. JAVIER TORRES GOITIA



Estudios ILPES - UNICEF
Sobre Políticas Sociales

614/T693

c.2

614/T693

(31070)

ILPES - UNICEF

**Estudios
ILPES UNICEF
Sobre Políticas Sociales**

**SALUD Y DEMOCRACIA
La Experiencia de BOLIVIA (1982 - 1985)**

Dr. JAVIER TORRES GOITIA

Inscripción N° 68.458

**Primera Edición
Noviembre 1987**

**Las opiniones emitidas por
el autor de esta obra es de
su exclusiva responsabilidad
y no comprometen a las
instituciones que la editan.**

**Diseño y Diagramación
Mary Ann Streeter
Bernardita Santelices**

**Impreso en los talleres de
EDITORIAL UNIVERSITARIA**

Impreso en Chile / Printed in Chile

INDICE

Introducción	9
Dependencia Económica y Salud	19
Defensa de la Salud y Atención de la Enfermedad Tecnología Iatrogénica	45
La Atención Primaria de Salud y la Reivindicación Social	73
Salud para todos con todos. Informe del equipo de trabajo del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia: 1982-1985	85
Tesis Programática	149

L

INTRODUCCION



Bolivia, un país de no más de seis millones de habitantes —caracterizado desde los albores de su independencia por la riqueza de sus minerales y por los continuos conflictos sociales a que daba lugar la explotación inhumana de minas insalubres bajo un sistema de capitalismo primitivo, y por un elemental trabajo agrario que hasta 1952 mantuvo sistemas feudal-esclavistas en el campo— ha tenido, en su convulsionada historia, esporádicos avances sociales y económicos que no han logrado compensar el impacto negativo que tuvo la explotación casi exclusiva de los recursos naturales, siempre bajo el sistema de enclaves económicos ajenos a los intereses de las mayorías nacionales.

Los importantes avances sociales que inició la Revolución Nacional de 1952 se interrumpieron formalmente con el golpe militar de 1964, y desde entonces hasta el 10 de octubre de 1982, en que se reinicia el proceso democrático, el país vivió, con apenas dos interregnos progresistas, un período de dictaduras militares represivas, aunque en el ínterin hubiera habido elecciones y regímenes llamados constitucionales.

El largo viacrucis del pueblo boliviano dejó por un lado los peores indicadores de desarrollo económico-social, sobre todo en el campo de la salud, y por otro, como respuesta a esta situación, la presencia militante de organizaciones sindicales muy fuertes con gran ha-

bilidad negociadora y capacidad de lucha frente a las peores circunstancias. La Central Obrera Boliviana con la Federación de Mineros, y en los últimos años también la Confederación Unica de Trabajadores Campesinos, han cobrado, no en vano, prestigio internacional. A estas poderosas organizaciones sindicales, entre las que destacan las federaciones de maestros, de constructores, de fabriles, etc., hay que añadir otras, como la asociación de amas de casa y las juntas de vecinos, que en su acción expresan diferentes modos de defenderse de la pobreza que las adversas condiciones de vida les indujeron a asumir.

El 10 de octubre de 1982 es una fecha importante, porque señala el inicio del establecimiento de la institucionalidad constitucional en Bolivia como resultado de un largo período de convulsión social, que tuvo varios puntos críticos a partir del día en que una huelga de hambre de mujeres mineras logró arrancar a la dictadura la convocatoria a elecciones generales, y éstas tuvieron que repetirse por tres veces consecutivas para que después de años de sacrificio, se abriera paso a un proceso democrático con amplio consenso popular.

Sin embargo, desde el momento en que el Dr. Siles Suazo, líder de la recuperación democrática y vencedor de los tres procesos electorales asumió la Presidencia de la República, pidiendo un plazo de 100 días para plantear medidas en contra de la crisis, se inició un turbulento período de paros de labores, huelgas, bloqueos callejeros y diversas manifestaciones hostiles. Toda la opresión sufrida por mucho tiempo por la clase trabajadora se desbordó en brotes anárquicos incontrolables. Las grandes direcciones sindicales, que habían mostrado una poderosa capacidad de lucha contra las dictaduras, una vez libres, no tenían sino la desesperación de solucionar sus problemas largamente postergados, pero sin práctica democrática para discutir alternativas de solución que forzosamente, por la calidad y magnitud de los problemas heredados, no podían superarse de la noche a la mañana sin sacrificio y sin un esfuerzo plural para superar la dura realidad económica del país. Paralelamente debemos reconocer que ni los partidos integrantes del frente de gobierno, ni los intelectuales independientes convocados por el Presidente para cooperar en la búsqueda de soluciones viables a la crisis económica y a los desastres naturales que se añadieron, pudieron plantear y sostener una política económica capaz de ganar consenso dentro de la convulsionada sociedad boliviana.

La firme vocación popular y el respeto a los derechos humanos que caracterizaron al Presidente, mantuvieron al gobierno fuera del ejercicio de cualquier represión física; pero la libertad así ganada no tuvo dentro del gobierno, ni fuera de él, en la oposición parlamentaria, una contrapartida de por lo menos un planteamiento sólido para emprender la recuperación nacional.

La crisis económico-financiera y la realidad de la política internacional que pesaron sobre el país fueron más fuertes que la democracia naciente. El 6 de agosto de 1985 terminó así un período de gobierno, que como nunca en la historia de Bolivia, no tuvo presos políticos ni exiliados, que en ningún momento restringió ninguna libertad humana, menos las sindicales. Pero terminó vencido por la crisis y el hábil manejo de políticas de potencias extranjeras que tras una falsa cooperación buscaron el descrédito y la caída de un gobierno al que consideraban peligroso por su propósito de unificar las fuerzas populares. La subsiguiente derrota electoral, que era previsible desde antes de la convocatoria adelantada a las elecciones generales, marcó el éxito de las fuerzas que dirigieron la desestabilización del gobierno de la Unidad Democrática y Popular.

En ese ambiente de permanente conmoción social, que frustró muchos intentos de superación de la crisis y la pobreza se lograron avances significativos en la salud pública, mayores a los esperados, y logros objetivos, irrefutables, que conviene analizar desapasionadamente; no para otorgar laureles a nadie ni por buscar justificaciones políticas, sino para rescatar lo recuperable de una valiosa experiencia en provecho de la salud, no sólo del pueblo boliviano, sino también de otros países que por diferentes caminos buscan solucionar agudos problemas de salud.

El Sr. James P. Grant,* en su primer informe sobre el “Estado Mundial de la Infancia”, como Director Ejecutivo de UNICEF, al mencionar que de los 122 millones de niños nacidos en el Año Internacional del Niño —1979— uno de cada diez había muerto ya, sin cumplir un año de su nacimiento, señala como causa de esta situación a la pobreza, “una pobreza tan superflua —dice— que convierte en una burla cualquier pretensión de hablar de civilización planetaria”. Bolivia, aunque sea un pequeño punto en el mapa con la quinta parte de la población mundial atrapada en la pobreza, ha estado contribuyendo a aquel 100 por mil de mortalidad infantil de promedio con un 200 por mil, o quizás más, de muertes, la mayoría evitables con los recursos actualmente disponibles. En estas circunstancias ¿qué tanto hemos contribuido los bolivianos, en toda nuestra vida republicana, a la “burla de la civilización planetaria”?

¿No podemos, siquiera una vez, contribuir también por lo menos a la formulación de nuevas soluciones? En momentos en que los nobles propósitos de UNICEF plantean una revolución en favor de la infancia, en que la OPS está impulsando nuevas estrategias para la aten-

* Estado Mundial de la Infancia. 1984. UNICEF. Div. de Información y Asuntos públicos.

ción médica, y cuando prácticamente todos los organismos de Naciones Unidas y una serie de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales están volcando sus esfuerzos para mejorar la salud de las poblaciones menos favorecidas, cuando, además, muchos gobiernos han iniciado campañas masivas de vacunación con resultados más o menos satisfactorios, tenemos la convicción de que debemos asumir el deber de contribuir cuando menos al necesario intercambio de experiencias, particularmente porque Bolivia es, hasta el momento, el país en el que, a pesar de la crisis y de su pobreza, se han alcanzado mayores coberturas en vacunación y se han logrado importantes avances en defensa de la salud pública con métodos que difieren de los empleados en otros países.

Mientras la vacunación masiva se ha hecho casi en todos los países con una enorme movilización de recursos institucionales planificados multisectorialmente, nosotros, con mucho menos recursos pero con las organizaciones populares como el eje central de todas las movilizaciones, hemos alcanzado logros y metas mayores, y estas movilizaciones no han estado dedicadas exclusivamente a "participar" en campañas de vacunación, sino que han asumido la defensa de la salud de todo el pueblo como un derecho igual a todos los derechos humanos.

Los Comités Populares de Salud, como parte de su lucha de reivindicación social, fueron el eje central para terminar en el país con la poliomielitis, prácticamente acabar con el sarampión, disminuir grandemente la morbilidad por diarrea, combatir la desnutrición infantil, y participar en el saneamiento básico de las poblaciones marginadas y rurales, y en el aseo de las ciudades.

Nos sentimos obligados a presentar nuestra experiencia como reconocimiento, además, a la invalorable cooperación técnica y financiera que recibimos del Fondo de Las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (FNUAP), el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y de todos los organismos de Naciones Unidas y de gobiernos amigos a través de convenios bilaterales.

En julio de 1985, todavía bajo la presión del tiempo, que se nos hacía cada vez más corto para terminar una serie de actividades, en medio de las agitadas labores de una administración recargada de problemas, que sólo terminaron el 6 de agosto, preparamos un informe que es el que sin variación alguna publicamos en la última parte de este volumen. En su introducción, que la hemos suprimido porque perdió actualidad, a tiempo de anunciar nuestro deseo de hacer poste-

riormente un estudio circunstanciado de la rica experiencia de la aplicación de políticas de salud diferentes a las tradicionales, decíamos: “Por ahora, los pequeños altos en el camino son apenas suficientes para disponer de minutos de reflexión y resulta imposible pedir al equipo de salud se aísle de la vorágine que estamos viviendo y haga serenamente un estudio crítico de la forma en que tuvimos que encarar la defensa de la salud colectiva, sin recursos económicos, en la peor de las crisis, no sólo económica, sino social y política, y como parte de un gobierno en posesión de apenas un tercio del poder del Estado”. Aludíamos a la situación de disponer sólo del poder ejecutivo, sin autoridad sobre el judicial y con la tenaz oposición del legislativo.

Ratificamos nuestra intención de continuar profundizando posteriormente el análisis de la política de salud implantada en Bolivia en 1983, pero deliberadamente para esta primera publicación no hemos querido modificar nada de nuestro primer informe, a fin de reflejar mejor la vivencia real de su ejecución y la emoción política, más que la técnica, que predominó en nuestra gestión. Sin embargo, después de más de un año transcurrido y ante interpretaciones superficiales y anecdóticas, que sin negar los éxitos, desvirtúan la fundamentación teórica que los hizo posibles, creemos necesario, sin modificar el informe, complementarlo con otros trabajos.

Los Comités Populares de Salud y las movilizaciones que protagonizaron los trabajadores bolivianos han querido interpretarse, dentro y fuera del país, como resultado de una estrategia inteligente, como una habilidad particular o como un recurso administrativo. En este sentido no tienen sino adeptos. Pero no es la forma la que nos interesa divulgar sino el contenido. No la apariencia, fácil de imitar, sino su esencia rica en potencialidades creativas que pueden replicarse, sin necesidad de copiar.

Nunca una situación es igual a otra, por eso ninguna copia es productiva; pero la esencia de considerar el proceso económico social como determinante de la salud y la enfermedad, es una verdad aplicable a cualquier realidad, y en cualquier parte puede ser generadora de prácticas nuevas que pueden ser diferentes. En congruencia con esta verdad, más que las formas interesa difundir los contenidos; defender que las políticas de salud se identifiquen con la defensa de los intereses de las mayorías y solidariamente impulsen sus reivindicaciones pendientes.

Una política de salud así concebida es la sólida base de una auténtica democracia, el inexcusable camino para fundamentar la práctica de una medicina social, y la expresión del reconocimiento de la

vigencia del derecho irrestricto a la salud como parte de todos los derechos humanos.

Para contribuir mejor a la sustentación de estas tesis, este volumen comprende cuatro partes. En la primera publicamos un trabajo realizado durante nuestra permanencia en la Universidad Nacional Autónoma de México, el año 1981, conjuntamente con el economista Dr. Hugo Torres Goitia con el título: "Dependencia Económica y Salud". En él nos referimos al enfoque sociológico nuevo del proceso salud-enfermedad, a la definición de políticas de salud y a la seguridad social. Analizamos los diferentes auges de la economía boliviana, incluyendo el último de la explotación de la coca, y la influencia de estos hechos económicos sobre el proceso salud-enfermedad en Bolivia.

La segunda parte incluye otro trabajo con el que buscamos plantear la diferencia de dos categorías complementarias pero no iguales: "Defensa de la Salud" como actividad colectiva de lucha política y "Atención de la Enfermedad" como responsabilidad institucional y profesional. Este trabajo contiene además una síntesis de los principales logros obtenidos en Bolivia y es el texto de la conferencia que presentamos en la Universidad de Harvard a invitación de su Escuela de Salud Pública en junio de 1985. Con pequeñas modificaciones es el mismo que presentáramos anteriormente a la Sociedad Boliviana de Salud Pública.

Como tercera parte y con el título de "La Atención Primaria de Salud y la Reivindicación Social", presentamos comentarios puntuales sobre algunos aspectos de la estrategia de la atención primaria en base a la experiencia boliviana. Nuestro breve paso por la dirección de la Maestría en Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Andrés de La Paz y un primer contacto con programas de atención materno infantil y atención primaria de salud en algunos países latinoamericanos, nos ha permitido conocer la expectativa que existe dentro y fuera de nuestro país por conocer mejor las estrategias de la atención primaria, por corregir las desviaciones que surgieron después de Alma-Ata, y por aplicar adecuadamente los planes de supervivencia infantil que propicia UNICEF.

Hay mucho que trabajar para proponer respuestas válidas a la aguda problemática de salud que acompaña al subdesarrollo, pero no hemos querido postergar más la publicación de una experiencia muy particular y de los conceptos que se relacionan con ella para que sean discutidos y analizados por las diferentes tendencias que buscan orientar mejor la práctica de una medicina social renovada.

Finalmente el último capítulo: "Salud para Todos, con Todos", es el texto sin modificaciones del informe que deberíamos haber publicado a tiempo de dejar el Ministerio, como el primer número de la serie Salud en Democracia. Evaluación de la Experiencia Boliviana. Pudimos editar el número 2: INASME, Política de Medicamentos; pero paradójicamente diferentes dificultades postergaron el número 1 hasta ahora. En esta oportunidad debemos insistir en que para un mejor estudio de la experiencia boliviana es indispensable la lectura de lo referente a la política de medicamentos que se publicó en La Paz, en agosto de 1985, con el título mencionado.

La presentación en un solo volumen de trabajos que fueron concebidos aisladamente, involucra algunas repeticiones que no hemos evitado porque esperamos que así contribuyan mejor a la desmistificación de criterios tradicionales en la administración de la salud pública con la reiteración sostenida de planteamientos que, aunque ya no son tan nuevos, siguen siendo innovadores.

Esperamos que esta publicación contribuya en algo a la lucha por mejorar la salud, mejorando también la sociedad.

DEPENDENCIA
ECONOMICA
Y SALUD

1. FUNCIONES DEL ESTADO Y POLITICAS DE SALUD*

Para ubicar en su debida dimensión el problema de la salud en la sociedad no basta con analizar los servicios de salud pública o los resultados de las actividades médicas. Es necesario considerar la sociedad misma, su estructura, y el Estado que la representa.

La orientación funcionalista nos ha llevado a considerar un desdoblamiento artificial de los conceptos de salud y de enfermedad, que deja, además, su determinación fuera del propio hombre y al margen de la sociedad a la que pertenece. Según esta posición, las políticas de salud se han identificado exclusivamente con las de las instituciones reparadoras o protectoras de la salud, sin entrar a considerar las funciones del Estado en su conjunto. Esto puede aproximarnos al conocimiento de la práctica médica, pero no a la política real de salud, que más allá del significado formal del término, debe considerarse como inserta en todas las funciones del Estado y en dependencia directa con la esencia y el contenido de éste en cada situación que se considere concretamente.

La salud no es sólo la ausencia de enfermedad, como ya lo expresó la Organización Mundial de la Salud, pero tampoco puede definirse como un bienestar físico, mental y social completo en un sentido absoluto y ahistórico.

* En colaboración con el Dr. Hugo Torres Goitia.

Ni siquiera corresponde a una situación particular; es más bien un proceso de continua interacción con la enfermedad. Este proceso salud-enfermedad depende más que de las formas o instituciones que la sociedad sea capaz de organizar para reparar la salud o protegerla desde fuera, de la determinación interna que se da concretamente en el individuo y en la colectividad, de acuerdo con el condicionamiento, también concreto, del modo de vida. Este, a su vez, depende del nivel económico-social y de relaciones sociales específicas de producción.

El organismo individual desarrolla su potencial genético en un grado mayor o menor según el aporte nutricional que ingiera, según la higiene con que viva, según los estímulos sensoafectivos y culturales que reciba, según el ambiente que le rodee, etc. Sin embargo —y esto es fundamental—, esas condiciones ambientales, que los funcionalistas llaman “factores”, y consideran como partes separadas que contribuyen por igual a la llamada multicausalidad no jerarquizada de los trastornos patológicos, tienen, si se profundiza el análisis, causas determinantes fundamentales, que explican incluso la modalidad de presentación de tales “factores”. Estos no se dan al azar, ni se corrigen con actividades meramente preventivas o curativas de la práctica médica.

La causa central que determina el modo de vida, y por ende la calidad del proceso salud-enfermedad para cada individuo, cada familia o cada clase social, en cada momento histórico, depende de su modo de inserción en la estructura social de la producción, de su forma de producir y de la forma de apropiarse del producto.

Los procesos biológicos y sociales no son simples movimientos paralelos con algún grado de influencia de unos sobre otros, sino que están integrados en una unidad dialéctica.

En el mismo sentido en que la salud y la enfermedad son partes de un mismo proceso que integra la vida, este proceso biológico está dentro del que conforman los cambios históricos de la naturaleza y la sociedad. Es así como el proceso salud-enfermedad depende del proceso económico y social que lo determina, aunque —es necesario insistir— tal determinación no sea inexorable ni unilateral, sino producto de la acción recíproca de ambos procesos, cosa que a veces pasa por alto la ortodoxia del materialismo vulgar, que cae en un mecanicismo que no corresponde ni al proceso biológico ni al social.

El pensamiento médico-social considera la salud y la enfermedad, más allá de las estrechas definiciones positivistas, como partes dinámicas de un proceso que mantiene la unidad de sus contrarios, que está históricamente determinado por la estructura económica social,

y se sustancia con la sociedad. El hombre, componente elemental de la sociedad, no puede concebirse al margen de sus condiciones de salud, ni de las de su forma de trabajo, y estas condiciones que integran su modo de vida asumen valores diferentes en las diversas formas de constitución de la sociedad y del Estado.

El proceso salud-enfermedad se beneficia de relaciones sociales de producción justas, y es víctima de la explotación de una clase por otra, así sea en democracias formales, o, peor aún, en los regímenes de opresión directa, como las dictaduras militares. Esta situación es independiente de la "política de salud" que oficialmente apruebe en forma declaratoria cualquier Estado. Es más, las dictaduras militares latinoamericanas han mostrado que las estructuras opresoras pueden decorarse con "políticas de salud" aparentemente humanitarias.

Esta evidente dualidad que se observa más claramente en los Estados opresores, aunque no es exclusividad de ellos, obliga a reconocer que para estudiar la situación de salud de un país no es suficiente conocer sus políticas declaradas, sino el conjunto de la política del Estado, así como cuando se estudia el proceso salud-enfermedad de cualquier colectividad es imprescindible conocer además la estructura de la sociedad a la que pertenece.

De esta dualidad se derivan dos observaciones importantes: la primera es que a los regímenes opresores no siempre han de corresponder políticas de salud asesinas, como simplista y ligeramente se les podría atribuir, y, segundo, que políticas de salud aparentemente satisfactorias no siempre han de ser eficaces para la población. Colateralmente podríamos añadir que las instituciones de salud que se estructuran de acuerdo con las políticas de salud no siempre son reflejo de la esencia del Estado. Las instituciones de salud tienen cierto grado de autonomía dentro de las políticas del Estado. Por lo menos teóricamente pueden ser mejores o peores según circunstancias no siempre dependientes de los intereses de las clases dominantes. Hay que reconocer que, aun dentro de los Estados represores, la conciencia colectiva acerca de la importancia de la salud logra espacios rescatables que pueden ser bien aprovechados, por lo menos para combatir la enfermedad.

Acá conviene destacar que no es cierto que la clase trabajadora no haya incorporado todavía a sus banderas de lucha la defensa de su salud. Si consideramos la salud como tal, vale decir como calidad de vida, siempre lo ha hecho. Toda lucha social se hace por el logro de beneficios que de un modo u otro defienden la salud contra la enfermedad, la vida contra la muerte. La continua batalla que libran las organizaciones populares obreras y campesinas para defender su liber-

tad, su derecho al trabajo y su salario, como único ingreso económico para cubrir sus requerimientos, es lucha por su salud. La lucha de la clase obrera por mejorar las instituciones de salud ciertamente no se ha manifestado con la fuerza que parecería necesaria; por lo menos no con la urgencia deseada por la visión profesional, que pugna por tecnificar la organización con la mejor buena voluntad, pero casi siempre al margen de los intereses populares.

Al establecer esta diferencia no pretendemos subestimar la importancia de las instituciones de salud pública y de la práctica médica, sino ubicarlas en el lugar que les corresponde en el análisis de la salud en la sociedad.

Las políticas de salud, de las que derivan los objetivos de las instituciones médicas, son, naturalmente, fijadas por el Estado. Pero la esencia y el contenido del Estado, que condicionan sus diferentes funciones, determinan otras políticas que repercuten sobre la salud de los habitantes a través de los precios y salarios, producción y distribución de la renta, etc. Estados oligárquicos, dependientes del capitalismo internacional, bajo la expresión de democracias mientras pueden controlar el voto popular, o de dictaduras militares cuando este control se les escapa y tienen que recurrir a la fuerza de las armas para sostenerse, no pueden adoptar políticas contrarias a sí mismos. Todo Estado fija sus políticas de acuerdo con los intereses que representa; cuando éstos no son los de las mayorías nacionales, no se puede esperar de él políticas favorables a estas mayorías. Es en este sentido que tenemos que reconocer que la política general del Estado condiciona la salud de la población más que las instituciones médicas, lo cual no niega el valor relativo que tienen éstas como centros destinados a la atención de la enfermedad en cualquier tipo de Estado.

Por lo expuesto conviene establecer la diferencia conceptual entre lucha por la salud y lucha por mejorar las instituciones médicas. Hay que diferenciar la defensa de la salud a nivel vital y global —siendo sus protagonistas los trabajadores, los marginados y los desposeídos— de las que son políticas y prácticas institucionales, que la sociedad adopta casi exclusivamente para combatir la enfermedad. Esto permite reconocer que la sociedad en sí misma puede ser más o menos sana o patógena y que las instituciones de salud, si bien dependen de la estructura de cada sociedad, deben ser analizadas en sus modalidades particulares en el marco de la relativa autonomía que poseen. Pero esta situación no invalida reconocer que también, en gran parte por su origen, las instituciones de salud pueden estructurarse de acuerdo con el *modelo médico*, caracterizado por el Dr. Menéndez¹ como individualista, ahistórico, asocial, mercantilista y de eficacia pragmática, por lo cual se puede afirmar que no contribuyen a la

defensa de la salud y aportan poco a la lucha contra la enfermedad. Así se explica que se mantengan elitísticamente aisladas, buscando afanosamente la participación popular sin lograrla de veras nunca. Mientras tanto, la lucha popular avanza en defensa de sus salarios, de su educación, de su vivienda, de su libertad, de su organización, contribuyendo a su salud por sí misma más que las instituciones médicas que no alcanzan a salir fuera de los muros de sus hospitales o centros de salud.

Sin embargo, volvemos a repetir que a Estados con políticas de explotación económica, atentatorias contra la salud, no han de corresponder necesariamente unas instituciones de salud asesinas como si las fuerzas de trabajo no tuvieran ningún valor en la formación socioeconómica capitalista.

Es evidente que aún por razones más mercantiles que humanitarias, el sistema capitalista como tal, independientemente de cualidades y defectos inherentes a cada particularidad, busca promover, proteger y reparar la salud colectiva. Le interesa la promoción de la salud y evitar la enfermedad en la fuerza de trabajo, aunque sólo fuera por el incremento de la productividad. Sin embargo, la atención médica que busca ser cada vez más eficiente, sin tocar para nada las injusticias del sistema que la alimenta con enfermos y con dinero para curarlos, no puede ser eficaz, porque lleva implícitas las contradicciones del sistema social al cual pertenece.

Más que las discriminaciones subjetivas, la buena o mala voluntad personal o razones de ética, son las contradicciones del sistema capitalista las que distorsionan la medicina y la alejan de sus objetivos de ciencia al servicio de la humanidad, conduciéndola a la paradoja de llegar a ser una técnica menos eficaz cuanto más eficiencia desarrolla.

En los países subdesarrollados, la importación de tecnologías médicas complicadas añade a su ineficacia el alto costo de la importación suntuaria, que revierte utilidades a la metrópoli a costa del mayor empobrecimiento de los países dependientes.

Más que por una intencionalidad simplista, que a veces se cree encontrar en la sociedad capitalista, es la naturaleza contradictoria de la organización social la que explica que incluso determinadas “invenciones” y adelantos tecnológicos no alcancen a traducirse en innovaciones de utilidad social, ni mucho menos a combatir las raíces de los problemas de salud en la sociedad. Esas raíces se hacen más evidentes en los países subdesarrollados, pero no son exclusividad de éstos.

Aún sin profundizar en el tema de la determinación social de la enfermedad, que ha sido motivo de varios estudios, refiriéndonos solamente a la práctica del “modelo médico” actualmente vigente en nuestras sociedades, es fácil observar que la gigantesca maquinaria asistencial médica generada para la atención de la enfermedad, montada en los centros metropolitanos y exportada después a la periferia como parte del sistema, es también una inversión que debe reeditar dividendos y producir una adecuada acumulación de capital para desarrollarse, aun cuando su objetivo sea tan humano como el combatir la enfermedad y “promocionar la salud”.

Más allá de este detalle, que a veces queda oculto dentro de las llamadas funciones de servicio, los enormes costos de mantenimiento de las instalaciones médicas constituyen una más de las contradicciones del sistema al constituirse en elemento distorsionador que obliga al capitalismo a buscar la generación de mayor plusvalía para reparar el daño cada vez mayor que el mismo ocasiona al obtenerla.

Por otra parte, esta maquinaria asistencial con sus elevados costos y aparente esfuerzo de servicio es diferente en calidad en el centro metropolitano y en la periferia económica, pero sobre todo es diferente en la preferencia obligada que tiene que dar, por razones de su propio costo, a la atención de élites económicas, degenerando en práctica deshumanizada y mercantil que se ejerce dentro de cada país como medicina desigual para las diferentes clases sociales.

Las instituciones de servicio público, al adoptar los sofisticados recursos de la medicina liberal y contribuir a que la elevada tecnología médica beneficie también a quienes en forma privada no tendrían acceso a tal tipo de “adelantos”, indudablemente que disminuyen la magnitud de la desigualdad de la medicina de clases. Es cierto que favorecen por lo menos a una parte de la clase trabajadora: los derechohabientes de los seguros sociales. Pero la repartición desigual de la atención médica es sólo una parte del problema mayor que radica en las contradicciones que acabamos de señalar. Contradicciones que sumadas a otras, particularmente del sector económico, configuran un todo coherente negativo para la salud que es preciso cambiar en favor de otra organización más justa y más humana. Una política de salud, para ser tal, debe buscar no sólo superar la calidad desigual y otras limitantes de los servicios médicos, sino además corregir la desigualdad en las condiciones generales de vida, generada en diferentes condiciones económicas y sociales que determinan procesos de salud-enfermedad también diferentes.

Si bien el desigual acceso a la reparación de la salud en servicios de elevado costo puede considerarse una ventaja para el grupo favore-

cido y sin perjuicio para los demás —“un eslabón en el progreso”, que aunque limitado a pocos, puede expandirse después a muchos— la situación real es completamente diferente, y ello por dos razones: primero, porque la ventaja aparente no es tal; el beneficio real para el paciente convertido en un número de cama de hospital o en un símbolo de computadora no existe. La hipertrofia de la técnica, al sobrevalorar la alteración física o química con detrimento de la comprensión afectiva o volitiva, hace perder a la medicina esenciales calidades de solidaridad humana, mecanizándola y degradando su función.

Segundo, tampoco es cierto que la falsa ventaja no entrañe perjuicio para los demás. El derroche económico y la concentración de recursos, en cualquier situación económica, pero más en las más afectadas por la crisis, crea perjuicios, porque obliga a dejar desguarnecidos a otros sectores de población que resultan víctimas indirectas del derroche. De este modo, la mayor probabilidad de enfermar y de morir que caracteriza a las poblaciones marginadas de las grandes urbes y a los sectores rurales atrasados se agrava por la ausencia de servicios médicos que se concentran en pocos centros de falso privilegio.

Los seguros sociales, aunque los reconozcamos como conquista de los trabajadores, no contribuyen a superar esta situación, sino a empeorarla. A diferencia de lo que ocurre en los países altamente industrializados, donde la población que se beneficia con los seguros sociales es mayoritaria, en los países subdesarrollados los seguros sociales no cubren ni al 25% de la población, porque el menor desarrollo se acompaña de menor capacidad de empleo. Cuando los seguros sociales abarcan sólo a sectores minoritarios de la población, como ocurre en la mayoría de los países latinoamericanos, el seguro social invierte el principio de solidaridad de la seguridad social para convertirse en derecho de injusticia social.

La injusticia no se refiere sólo a que unos sectores estén protegidos y otros no, sino a que los sectores protegidos gozan de un doble privilegio: el primero es el de tener un trabajo asalariado estable en países donde la mayoría de la población no lo tiene, y el segundo el de recibir los beneficios de los seguros gratuitamente.

Los seguros de enfermedad y maternidad, de riesgos profesionales, de vejez, invalidez y muerte, y aun diferentes subsidios, sólo teóricamente son cubiertos por los aportes patronal y laboral de cada empresa asegurada. El extendido sistema de aportes tripartitos a las Cajas de Seguro Social con diferentes tasas para patrones, obreros y el Estado ha sido considerado con toda razón como una falacia, porque en la realidad ningún grupo de producción consume sólo su aporte. La mercancía producida, por definición propia, se vende, y al final

del proceso es el comprador quien en el precio de lo que compra paga el aporte patronal, el laboral y el estatal. En países subdesarrollados, donde el desarrollo industrial, que es el generador de los seguros privados o de los llamados sociales, es incipiente, los asegurados son siempre un grupo minoritario. Ocurre en la realidad que la mayoría de la población que no alcanza a tener el privilegio de un salario, por magro que éste sea, no sólo está marginada del derecho al trabajo, sino que además costea los seguros de los que con mejor suerte tienen acceso a un salario fijo. Si a esto agregamos que los seguros sociales, con una autonomía riesgosa, tienden a hipertrofiar sus centros médicos asistenciales, a establecer costosos sistemas administrativos, o a exagerar su libertad para invertir en su propio beneficio los fondos acumulados para los seguros diferidos, comprenderemos mejor el peligro de tal autonomía y la necesidad de estructurar un sistema de mayor solidaridad para beneficio de toda la sociedad.

Con el concepto de que la salud y la enfermedad no son estados aislados, sino partes integrantes de un proceso que no se desarrolla autónomamente, sino que está dentro de una realidad social concreta de la cual depende, son más importantes las conquistas sociales que los sofisticados sistemas de tratamiento, que muchas veces, para beneficiar a uno de cada 100.000 habitantes, consumen el presupuesto que podría beneficiar a todos. Esta injusticia, común a todos los países que todavía no han adoptado sistemas de seguridad social universales en su cobertura e integrales en sus beneficios, es más notoria en los países más pobres, menos industrializados, donde consiguientemente la población asegurada es menor.

En Bolivia, con todos los esfuerzos realizados desde la Revolución Nacional de 1952, esa cobertura sólo llega al 23%. Hay países cuya población asegurada sólo llega al 10% y en México, el más avanzado, no llega al 50%.

Los seguros sociales sólo pueden ser considerados conquistas populares mientras los propios trabajadores, con una cabal conciencia de solidaridad, los defienden como formas de transición a la seguridad social integral y universal, lo cual involucra cambios en las políticas del Estado.

Volvemos así a insistir en nuestra fundamentación inicial de que el problema de la salud depende más bien de la estructura social y del Estado que la representa, que de los servicios o instituciones de salud pública. Aún los beneficiados con los parciales sistemas de seguros sociales no se favorecen con una atención médica de mayor costo, o con que su muerte ocurra en una cama lujosa de hospital, si no disminuyen los riesgos de perder su salud.

Independientemente de la calidad de los servicios curativos y aun de los preventivos, el mantener intocada la discriminación de grandes mayorías nacionales con trabajos de bajo rendimiento, como los de las áreas rurales pobres, de los subempleados, o aun de los trabajadores asalariados cuyo salario no cubre ni las necesidades mínimas de su reproducción social, afecta más a la salud que el teórico beneficio de servicios asistenciales mejores o peores, cuando éstos no se engranan con una política económica social coherente con la defensa de la salud colectiva.

Sin embargo, antes de terminar este análisis de las políticas de salud y de las funciones del Estado, queremos insistir que las críticas a las políticas de salud, a las instituciones médicas y a los seguros sociales que tan a menudo se plantean, se refieren, muy parcialmente, a sus características externas, a la calidad de los servicios que prestan, y a su grado de eficiencia, vale decir, a la forma más que al contenido. Desatienden lo estructural, que es más importante, para priorizar defectos adjetivos. La mayoría de las críticas son válidas, porque, precisamente por la esencia del Estado del cual derivan, tanto las políticas de salud como el funcionamiento de las instituciones adolecen de pecados originales difíciles de superar; de esto a considerar que toda institución de salud de los países dependientes es negativa, sólo por sus imperfecciones, o atribuir complicidad con el sistema a cualquier esfuerzo por disminuir la enfermedad, es una exageración censurable.

La crítica es más sólida cuando es seria y bien fundamentada. Las ligerezas de apreciación no sólo no ayudan a la crítica sino que la perjudican al provocar paradójicas reacciones adversas.

Las contradicciones que limitan la eficacia de las instituciones médicas no justifican generalizaciones precipitadas de negatividad nihilista. Aun cuando por sí solas estas instituciones sean insuficientes para subsanar el daño a la salud que la explotación y la dependencia provocan, y aun cuando su organización obedeciera más a la búsqueda de recursos mediatizadores de la lucha de clases en favor de la hegemonía de la clase dominante, los centros de salud deben ser vistos como formas de conquista social, aunque limitados, perfectibles. Pueden representar espacios que la lucha social abre para continuar el camino de mayores reivindicaciones.

Siempre será preferible un Estado que, aunque sea por buscar hegemonía, invierta en hospitales y centros de salud, que otro que, para imponer su autoridad política, incremente y perfeccione la fuerza de las armas represivas. Está demostrado que los grandes hospitales no solucionan los problemas de salud, pero dañan menos que las armas represivas y, pese a todos sus defectos, curan algo y matan menos.

Rechazar toda institución de protección de la salud dentro del sistema capitalista por ser instrumento de conciliación o mediatización de la lucha de clases equivaldría al absurdo ligero o simplista de plantear también que un aumento salarial o un programa de vivienda popular deben rechazarse por ser mediatizadores de la lucha de clases. Ni el razonamiento lineal es correcto, ni la lucha de clases es tan frágil que pueda mediatizarse por lo que en determinado momento pueda ser más bien conquista, producto de su lucha y recurso para poder continuarla. Decimos conquista no en el sentido restrictivo de lo que se obtiene por medio de una acción de fuerza: determinados avances sociales pueden ser obtenidos por la presión política o por la evolución histórica que es capaz de provocar cambios, que, al ser positivos, deben ser considerados como conquistas. Por otra parte, todo lo que aumenta el valor de la fuerza de trabajo disminuye las tasas de ganancia del capitalista en beneficio de las condiciones del obrero, que de este modo puede incluso desarrollarse y madurar mejor su conciencia de clase. Sólo a título de ejemplo podemos citar la situación de un obrero de las minas de Bolivia, que teniendo derecho a la atención médica gratuita, seguro social y a un mejor salario, por su conciencia de clase tiene un valor superior al campesino del mismo país, analfabeto, malnutrido y desprovisto de todo servicio. La conciencia de clase forma parte del desarrollo humano y su adquisición es más fácil frente a la explotación directa: la estimulan las condiciones de vida subhumana, pero ningún beneficio la detiene. Si no fuera así, hace tiempo que el capitalismo hubiera resuelto sus problemas.

2. LA EXPLOTACION DE LOS RECURSOS NATURALES Y SU REPERCUSION EN LA ECONOMIA BOLIVIANA

Para examinar el proceso salud-enfermedad como parte del problema social de un país que explota sus materias primas sólo en condiciones de enajenación de estos recursos, y con aprovechamiento exclusivo de una exigua minoría privilegiada, trataremos de resumir la situación que se crea cuando las materias primas explotadas cambian en diferentes etapas, y las mayorías nacionales continúan uniformemente marginadas, así se trate de la explotación de recursos no renovables o renovables, y así la explotación se refiera a minerales, petróleo o caucho con características legales, o esta explotación sea universalmente condenada por ilegal, como la de la cocaína.

Antes de referirnos al candente problema actual de la cocaína, que es el más grave para el país desde muchos puntos de vista, y concretándonos sólo al aspecto económico, queremos referirnos al im-

pacto de la explotación unilateral de diferentes recursos naturales. Cada una de las materias primas, en el turno de su correspondiente auge, determina importantes repercusiones en la sociedad, el Estado y la política, que obviamente refluían en la salud o enfermedad de sus habitantes.

Se suceden en la historia de Bolivia el auge de las minas de plata en el último tercio del siglo pasado, el del estaño al despuntar este siglo, y otros más como el del salitre, el del caucho y el miniauge del petróleo, hasta llegar al presente de la coca y la cocaína.

El auge de la plata estuvo a punto de determinar la gravitación decisiva hacia Chile de toda la mitad sur de Bolivia. El Alto Perú, que lleva hoy el nombre de Bolivia, había sido durante la Colonia, con su famoso cerro de Potosí, uno de los lugares más importantes de producción de plata en el mundo. Al terminar la guerra de la Independencia, en 1825, las minas estaban agotadas, abandonadas o destruidas, coincidentemente con la baja en los precios de ese metal. Avanzando el siglo XIX, renació la minería argentífera en los cerros cordilleros del sur de la República. Hasta entonces la oligarquía había vegetado en sus haciendas asentada en el monopolio de las tierras y los siervos indígenas. La base del presupuesto público consistía en la tributación personal que pesaba sobre cada indígena, a través del sistema llamado de capitación, que obligaba a éstos a enajenarse para obtener el dinero necesario. No había nada que ofrecer al exterior. Cada familia encontraba el sustento en los frutos de una labranza primitiva de sus tierras sin riego ni fertilizantes. Las familias mejor dotadas comerciaban granos en las ciudades para el derroche de sus utilidades en un viaje a Europa o en la importación de bienes suntuarios.

La base de esta estructura social requería que el indígena consumiera lo menos posible para no competir con el aprovisionamiento de granos a las ciudades, donde crecía la burocracia, el comercio y el profesionalismo liberal. Por otra parte, lo que esencialmente determinaba que el indígena no compitiera por el consumo, era que no recibía salario. De este modo el circuito monetario estaba restringido a las ciudades, donde se encontraban los artículos de consumo moderno. El indígena pertenecía a la hacienda en virtud de la concesión de una parcela que le prestaba el hacendado para que extrajera de ella su sustento. Fuera del maíz, patatas y otros tubérculos, el indígena explotaba algunas aves de corral o bien ovinos, ganado menor, pero no para el consumo de proteínas, sino como un medio de cambio con los pequeños comerciantes de los pueblos cercanos que le proveían de algún suplemento excepcional a su consumo.

Desde la Colonia se había establecido un medio adicional de retribución al indígena: un puñado de hojas de coca, que al masticarlas le

producían un leve efecto adormecedor para soportar mejor la fatiga y la falta de alimentos. En el incario, la masticación de hojas de coca estaba limitada a la nobleza, y solamente en ocasión de sus ceremoniales. De todas maneras, masticada en su estado natural, la hoja de coca no tiene otra consecuencia que postergar las necesidades alimentarias.

Al producirse el renacimiento de las minas de plata en el último tercio del siglo pasado, se agregó al monopolio de las tierras y los siervos la lucha por el monopolio de las minas. Surgieron las primeras grandes fortunas y se estableció el dominio de las oligarquías minero-feudales del sur, con la ciudad de Sucre como capital. La explotación de plata entre 1884-1893 llegó a producir un total de 2.845.441 marcos, de los cuales casi dos millones corresponden a la empresa de Huanchaca de Aniceto Arce, con 20% de capital chileno, y el saldo a la empresa de Gregorio Pacheco².

Hacia la misma época surgió el salitre. Pero como éste se encuentra en los desiertos costeros del Océano Pacífico, donde no hay tierras arables ni indios, el auge del salitre despertó la avidez del imperialismo británico antes que el interés nacional, motivando una invasión chilena y una guerra en la cual Bolivia perdió su costa marítima. Apenas salía el país de este desmembramiento, apareció la bonanza del caucho, que motivó la anexión por el Brasil de una gran parte de la Amazonía boliviana en otra guerra en las selvas húmedas del Acre. La producción de goma alcanzó un promedio anual de 3 millones de kilos entre 1896 y 1916².

Pasado el auge fugaz de la minería argentífera, surgió el estaño, antes considerado como simple desecho de las minas de plata. Resultado de esta transición fue una sangrienta guerra civil entre la oligarquía feudal minera de la plata, en el sur, y la oligarquía feudal minera del estaño, en el norte, donde se descubrieron minas específicamente ricas en este mineral. Como consecuencia de esta guerra civil, la sede del gobierno central se trasladó de Sucre a La Paz.

La masa indígena, cerca del 70% de la población boliviana, no sufrió cambio alguno en su modo de vida. Sólo un mínimo porcentaje gravitó hacia el trabajo de las minas. En 1976 el trabajo en las minas absorbió apenas 3,4% de la población económicamente activa. Sin embargo, la producción minera ha contribuido en la década de 1940 a 1950 con el 95% del comercio exterior de Bolivia. La producción de estaño se incrementó desde 10.000 toneladas métricas peso fino a principios de siglo hasta 46.000 en el decenio de 1940. Los porcentajes de su participación en las exportaciones varían desde el 40% en la primera década del siglo, cuando se explotaba el caucho, hasta el 75% en el período de 1940-1949, período en el cual los

demás minerales, plata, wolframio, etc. completan el 20% restante para caracterizar al país como monoprodutor de minerales. El 95% de sus exportaciones corresponden a este renglón, por un valor total de 83.460.677 dólares en 1949. De las exportaciones de estaño, el 62% corresponde a un solo dueño (Simón Patiño), el resto se divide entre el Grupo Hochschild y el de Aramayo. Los impuestos que aportaron al Estado comenzaron por la ridícula suma de 3% para llegar al final de 40 años a un 13%.

Agotadas las minas de estaño y con el advenimiento de la Revolución Nacional de 1952, que disolvió las haciendas y entregó las tierras al campesinado indígena, éste elevó su consumo y mejoró su nutrición. Sin embargo, no comercializaba ni aumentaba la producción. El cambio fue profundo. El campesinado indígena pesó políticamente en forma decisiva, pero las ciudades siguieron social y económicamente separadas del agro. Continuó la tendencia de las urbes a vivir de la importación.

Desde 1972 se vivió un breve auge del petróleo a favor sobre todo del alza de los precios de este energético. Un colosal derroche por parte del gobierno militar, el peligro de una secesión de la ciudad de Santa Cruz, centro petrolífero, y la actual crisis financiera es todo lo que dejó.

3. LA COCA Y LA SITUACION ACTUAL

Podemos definir la situación actual como la del auge de la coca, con la agravante peculiaridad del narcotráfico al que ha dado lugar. Deliberadamente no nos vamos a referir a la censura moral, ni vamos a tratar de las consecuencias de la drogadicción sobre la salud. Continuando un análisis estrictamente económico, la situación que preocupa en este punto y a la cual nos referiremos exclusivamente, es la de hacer surgir una economía paralela, clandestina, superior en valor a las exportaciones legales.

Los ingresos por exportaciones de Bolivia con registro legal no llegan a los ochocientos millones de dólares; la exportación de cocaína, según cálculos del Senador por Arizona de los Estados Unidos, Gus Deconcini, es de 1.000 millones de dólares³. Según el mismo Senador el mercado consumidor de cocaína en los Estados Unidos alcanza un valor total de 20.000 millones.

Este auge es más dañino para la República de Bolivia que los anteriores. Si los anteriores nos acarrearón guerras, pérdidas territoria-

les y crisis financieras, éste nos confronta al peligro de una disolución total.

La coca, que hasta el momento no ha podido cultivarse sino en los valles andinos de Bolivia, Perú y Ecuador, tiene muchas facilidades de cultivo. Su rendimiento por hectárea varía entre 500 y 800 kilos por año. Las plantaciones pueden durar 15 a 25 años sin necesidad de fertilizantes ni técnicas particulares, y dan de 3 a 4 cosechas anuales⁴.

La fabricación de cocaína a partir de las hojas de coca es también sencilla. A escala doméstica se puede acondicionar un recipiente donde macerar coca impregnada de kerosene, para apisonarla y convertirla en pasta, la cual es vendida a los narcotraficantes, que la exportan directamente o la refinan en laboratorios nada complicados para convertirla en clorhidrato de cocaína. Ocho tambores de coca, aproximadamente equivalentes a 100 kilos, que los nativos venden en 300 dólares, rinden un kilo de pasta evaluado en 5.000 dólares, el cual al refinarse para dar clorhidrato de cocaína cuesta el doble: 10.000 dólares en Bolivia. Este precio se triplica, quintuplica o decuplica al exportarse ilegalmente y según el país al cual llegue⁵.

El campesinado y grandes sectores de la población corren el riesgo de ser apartados de la producción, especialmente de alimentos, para volcarse al negocio clandestino de la coca. La producción propia de alimentos populares es esencial para un desarrollo orgánico y para la defensa de la soberanía de todo país. Todo el tercer mundo ha tomado conciencia de esto. Los países de fuerte soberanía reaccionan encaminándose hacia una agricultura de consumo popular. Las grandes empresas agrícolas, exportadoras de hortalizas sofisticadas, habían defendido su logro arguyendo que con las divisas obtenidas se podía comprar más granos que los producidos internamente. No resultó así, en parte por el fenómeno provocado por el alza de los precios de los alimentos al aumentar la demanda, y en parte por el condicionamiento político de la venta de alimentos por parte de los Estados Unidos.

El abandono de la producción agrícola en Bolivia por el señuelo del rápido enriquecimiento con la cocaína, nos puede conducir a una crisis de alimentos, al sometimiento, a una anarquía más grande que la producida por la petrolización. Con el agravante de que el manejo de grandes cantidades de pasta o de cocaína pura alienta también su consumo local. El informe preliminar del departamento de prevención de la Dirección Nacional de Control de Sustancias Peligrosas de Bolivia muestra cómo para 1979, los niveles de consumo de cocaína en la ciudad de Santa Cruz están muy próximos a los de Houston,

pese a las radicales diferencias en la estructura social que condiciona el consumo de drogas en las dos ciudades⁶.

Se hace una insidiosa demagogia en Bolivia tratando de afirmar que la pobre gente boliviana tiene derecho a enriquecerse a costa de la salud de pueblos extranjeros. Es necesario recalcar que, en todos los planos, la ambición del elaborador de cocaína está en contradicción absoluta con los intereses del país.

Además, otras formas de contraposición entre los intereses privados y sociales se ven ahora mismo en el hecho de que el país no encuentra quinientos millones de dólares para atender al simple servicio anual de la deuda externa, la cual sobrepasa los cuatro mil millones de dólares, mientras que se estima que en la sola ciudad de Santa Cruz un puñado de narcotraficantes ha tenido un ingreso de por lo menos quinientos millones de dólares. Se agotan por una parte, los dólares en el Banco Central, haciendo pesar el peligro de una devaluación monetaria, mientras que cualquier comercio de las ciudades maneja enormes sumas de dólares ilegales, en una dolarización general de la economía boliviana. Las importaciones subirán de precio o no se podrá importar, mientras los dólares ilegales comprenden de contrabando alimentos de alta calidad, vinos, productos enlatados y artículos suntuarios, ingresados de contrabando por los mismos que extraen pasta de cocaína del país. Como nunca antes, la mayoría del pueblo que no puede participar en el contrabando de cocaína padecerá hambre y miseria.

¿A qué se debe este auge de la coca? ¿Tiene raíces únicamente bolivianas? Lejos de ello, es un fenómeno que encuentra su motivo en el terreno mundial, como todo auge de materias primas. Es perceptible que la extracción de cocaína de Bolivia se originó y acrecentó después de la guerra mundial. En los últimos años del decenio de 1940 se independizaron las colonias británicas del Cercano Oriente y de la India, productora de opio. Europa y Norteamérica vieron obstaculizadas sus fuentes de aprovisionamiento de narcótico opiáceo y volcaron entonces su interés hacia la cocaína de los valles interandinos sudamericanos.

Ante la derrota de la débil burguesía boliviana, incapaz de constituirse en aliada útil de las empresas transnacionales para una lucha antipopular, las fuerzas neofascistas latinoamericanas apelaron al sector delincencial que existe dentro del grupo militar que tomó el poder el 17 de julio de 1980, para evitar la consolidación del triunfo electoral de la Unidad Democrática Popular, oficializando así el narcotráfico. A los males de la exclusiva explotación de recursos naturales, se añadió así la imposibilidad de que el erario nacional recibiera

beneficio alguno ni por impuestos ni por otro rubro del narcotráfico, tocándole al pueblo soportar el encarecimiento de todos sus productos de consumo con la natural secuela de mayor desnutrición y mayor morbilidad y mortalidad.

Todos los auges de exclusiva exportación aislada, sea de plata, estaño, salitre, caucho o coca, pueden ser explicados o confrontados solamente en el marco de soluciones políticas al problema colonial o neocolonial. La coca con los obvios mayores agravantes.

4. POLITICAS DE SALUD EN BOLIVIA: CARACTERISTICAS GENERALES

Desde que, como plantea Mariátegui⁷, el imperio español destruyó el “imperio socialista de los Incas” con una “empresa militar y eclesiástica más que política y económica”, las comunas agrícolas y sedentarias “laboriosas, disciplinadas, panteístas y sencillas” vieron truncado su bienestar material y no han podido rehacerse. La organización de su sistema de producción que les permitía contar con abundancia de medios de subsistencia, construir caminos, canales y mantener una situación de bienestar social y salud satisfactoria, no ha sido reemplazada por otra que mejore ni la economía ni la salud. No pretendemos con esta afirmación colocarnos en posiciones románticas o retrógradas, ni combatir el avance actual de la ciencia médica para magnificar la sabiduría de los “amautas” o “jampiris”, sino destacar la profunda observación de Mariátegui de que “el régimen colonial desorganizó y aniquiló la economía agraria incaica, sin reemplazarla por una economía de mayores rendimientos”, y que “el coloniaje, impotente para organizar en el Perú, al menos una economía feudal, injertó en ésta elementos de economía esclavista”. Esta situación de retroceso interrumpió el desarrollo de una sociedad que, pese a sus limitaciones derivadas de su organización aristocrática, se desenvolvía con algún grado de consenso bajo normas de solidaridad reconocidas por todos los historiadores.

Los descendientes de aquella añeja sociedad frustrada, que forman la población mayoritaria de Bolivia, el Perú y Ecuador, no han encontrado todavía la forma de organización que les permita superar aquel pasado. La guerra de la independencia fue protagonizada por una burguesía incipiente que encontraba un freno a su expansión en el yugo colonial que la amarraba, por ese entonces, a una España atrasada y en decadencia. El capitalismo en ascenso que desde Inglaterra alentó la independencia, le ofrecía mejores perspectivas y no vaciló en cambiar el vasallaje colonial por la dependencia liberal,

“democrática”, del capitalismo al cual pasaron a servir las oligarquías feudales y mineras con mejores réditos. La población indígena, cuya rebeldía no dejó de existir, como lo prueban los levantamientos anteriores de Alejo Calatayud, los hermanos Catari, y otros, se limitó a contruibuir con su rebelión a la guerra de la independencia sin llegar siquiera a poder expresar alternativas propias. De este modo, la dependencia económica, bajo una aparente libertad, sustituyó a los Virreyes españoles por una oligarquía feudal burguesa que por ser criolla no fue menos inhumana y explotadora, generando condiciones de salud que se mantienen como agudo reto hasta nuestros días.

En Bolivia, las condiciones de vida de la clase campesina, formada por indígenas que integran el 70% de la población, mantuvieron sus condiciones coloniales hasta la Revolución Nacional de 1952, 127 años después de que el país se declaró independiente y adoptó el régimen democrático representativo. Régimen democrático que, cuando no eligió a sus presidentes por decisión de un batallón o de una asamblea convocada *ad hoc*, manejó en comicios populares sumas de votos representativos sólo de minorías absolutas. Estas son las únicas que tenían derecho a votar en mérito de saber leer y escribir y poseer cierto grado de fortuna, requisitos legalmente exigidos antes de 1952 para participar en el juego democrático. De este modo, el primer presidente electo en comicios “populares”, don Manuel Isidoro Belzu, en mayo de 1850, reunió 5.955 votos. A comienzos de este siglo el Presidente Montes fue elegido en mayo de 1904 con 32.884 votos sobre un total de 43.000 electores, cuando el censo del año de 1882 registró en Bolivia una población de 1.172.156 habitantes. Las últimas elecciones con el sistema electoral discriminatorio se realizaron en mayo de 1951, cuando la población del país era de 3.019.031 y el total de votantes fue de 126.123; en esas elecciones ganó Paz Estensoro con 54.128 votos. Para las siguientes, realizadas en junio de 1956, después de aprobarse el voto universal, el número de votantes fue de alrededor de un millón, habiendo ganado las elecciones Hernán Siles Suazo con 786.762 votos⁸.

No es de extrañar que con este sistema “democrático” la gran mayoría nacional mantuviera no sólo condiciones de siervo, sino de esclavitud. Se mantenían la mita, el pongueaje, la minka y otras formas de trabajo que no reconocían remuneración para el indígena. En estas condiciones, sería presuntuoso hablar de políticas de salud en la etapa de predominio del feudalismo latifundista, improductivo y aislado. No es que el problema de la morbilidad y mortalidad fuera menor, como no lo fue en el medioevo, sino que simplemente no alcanzaba a preocupar a aquella sociedad. Si de algo vale atenerse a un solo indicador, el demográfico, para aproximarse a la situación de salud, vemos que la población de Bolivia de 1.088.769, en el primer

censo del año 1831, llegó a 1.172.156 en el año de 1882, con un incremento de apenas 83.388 habitantes en un período de 51 años⁹. Y no hay nada que permita suponer que la natalidad hubiera sido en ese período inferior a la registrada posteriormente como 44 por mil, junto a las más altas de la América Latina¹⁰.

5. LAS INSTITUCIONES DE SALUD PUBLICA

La atención de la salud, desde el punto de vista de la organización de instituciones especiales, aparece, como en todos los países, primero como expresión de la caridad cristiana en hospitales que organiza la Iglesia. Sólo más tarde, cuando la extracción minera se industrializa con las grandes empresas de Patiño, Aramayo y Hochschild, en las primeras décadas de este siglo, aparecen también los hospitales mineros, que durante un largo tiempo son los de mayor prestigio, al extremo que, particularmente como centros quirúrgicos, absorben la demanda de las principales ciudades del país. El Estado, como tal, no toma para sí la organización de servicios asistenciales sino más tarde.

Antes de referirnos a la salud pública propiamente es interesante destacar la visión de los libertadores Bolívar y Sucre, los primeros presidentes de la nueva república de Bolivia, quienes demuestran preocupación social y tratan de incorporar a la población indígena a la actividad cultural. El 11 de diciembre de 1825 se crean los Colegios de Ciencias y Artes con financiamiento de impuestos a la exportación de la plata. Una de las siete cátedras por dictarse es la de Medicina y entre las condiciones señaladas para los alumnos se incluyen la de ser huérfano de las víctimas de la revolución o indigente. En algunas ciudades, como la de Potosí, se especifica que del cupo de 30 alumnos 10 deben ser "indios puros"¹¹. Naturalmente, que bajo una estructura dominada por una aristocracia feudal, ninguna de las disposiciones liberales proindigenistas de Bolívar, como la citada y otras más radicales, como el reparto de tierras, puede cumplirse.

Las instituciones oficiales de protección a la salud se inician en las Juntas de Sanidad Pública creadas en 1828 a cargo de eclesiásticos encargados de atender los hospitales y la campaña antivariólica¹². En 1860 se estructuran Protomedicatos con funciones prioritariamente de control sobre el ejercicio "legal" de la profesión médica, y recién en 1906 se decreta la organización de la Dirección General de Sanidad Pública y Asistencia Departamental¹² como dependencia del Ministerio de Gobierno.

Cuando en 1936 se crea un Ministerio para salud, éste nace, según la corriente de la época, como parte de la atención a los problemas

laborales con el nombre de Ministerio del Trabajo, Higiene y Previsión Social. Sólo más tarde, en 1947, el país cuenta con un Ministerio especial para la atención de la salud colectiva¹³. Sin embargo, las principales actividades de erradicación de enfermedades endémicas y la organización de la salud pública no guardan relación directa con estos cambios en la organización administrativa.

Los más importantes logros en materia de salud en Bolivia son la expresión de la hegemonía ejercida por los intereses de los Estados Unidos. La Fundación Rockefeller y el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública son los más firmes puntales de esta hegemonía.

La erradicación de la fiebre amarilla que se inició en 1932, patrocinada por la Fundación Rockefeller y con el concurso de distinguidos y meritorios médicos bolivianos, logra en poco tiempo la eliminación de su vector, el *Aedes aegypti*¹⁴. Posteriormente la misma Fundación coopera en la erradicación del paludismo, lo cual se logra casi al cien por ciento en todo el país. Naturalmente, el éxito logrado con actividades sanitarias no acompañadas de un desarrollo económico social en las zonas "saneadas" no puede ser definitivo. Las enfermedades erradicadas recurren periódicamente, lo que es más claro en el caso del paludismo, que habiendo sido suprimido en casi todo el país, vuelve a ser actualmente un problema de salud pública.

El Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP) es probablemente el más inteligente recurso de la hegemonía estadounidense. El orgullo con que prestigiosos médicos bolivianos, sin ninguna ligazón con el imperialismo, recuerdan las obras cumplidas, es hasta cierto punto justificable. Es evidente que este organismo inició la práctica de la medicina preventiva institucionalizada, cooperó en las campañas antipalúdica, antivenérica, antituberculosa, y en la vacunación antivariólica con positivos resultados¹⁵. Por lo menos hasta donde se puede esperar de campañas verticales que no cambian la estructura social.

El Estado boliviano como tal, estructurado en base de las oligarquías criollas incapaces de enraizar en el país una acumulación de capital que permita su propia consolidación, no alcanza siquiera a buscar algún grado de consenso con políticas propias hasta 1952. Sólo en el período de la Revolución Nacional, que se abre paso con la insurrección popular del 9 de abril, se inician esfuerzos para organizar Centros de Salud en áreas rurales. Julio Manuel Aramayo y Guillermo Jáuregui después, como Ministros de Salud, son promotores de la extensión de centros médicos asistenciales al área rural. Paralelamente, el proceso revolucionario impulsa la estructuración de la seguridad social.

En 1956 el Presidente Hernán Siles Suazo promulga un código de Seguridad Social que otorga protección al trabajador y su familia en caso de enfermedad, maternidad, riesgos ocupacionales, invalidez, vejez y muerte y otras prestaciones específicas¹⁶. Este código lamentablemente degenera después en el actual sistema de seguros sociales desmembrados del planteamiento original, que debió haber dado lugar a una real seguridad social universal.

La clase trabajadora y los sindicatos médicos, cooperando conjuntamente como en ningún otro país, participan tanto en el estudio del Código de Seguridad Social, como en la posterior estructuración y funcionamiento de la Caja Nacional de Seguridad Social, la cual, mientras las dictaduras militares no acaban con todas las conquistas sociales, funciona presidida por un obrero nominado por la Central Obrera Boliviana (COB), y con activa participación de la Confederación Médica Sindical Boliviana (COMSIB).

Infelizmente, la población asegurada, que incluye la de la Caja Nacional de Seguridad Social y las demás Cajas que se desmembran del Código o se crean posteriormente, no alcanza sino en cifras redondas a un millón de habitantes de los 4.700.000 que tiene el país¹⁶, situación que limita las medidas de protección y reparación de la salud, excluyendo de ellas a la mayoría de la población particularmente campesina. En el caso de la población minera, ni la protección de la seguridad social ni las actividades médicas asistenciales logran influir sobre la insalubridad de los centros de trabajo. La concentración de partículas de sílice en el aire del interior de la mayoría de las minas es tal que un obrero que trabaja en los socavones mineros inicia lesiones irreversibles de silicosis en un promedio de 4 años de trabajo¹⁷.

En síntesis, la situación alienada de las instituciones de salud y el mantenimiento de un régimen de explotación inhumana, colocan a Bolivia entre los países con peores condiciones de salud de América Latina, sin que esta situación hubiera podido cambiar por medidas aisladas de saneamiento o por la introducción de paliativos en los cortos períodos de participación popular.

Los insuficientes registros estadísticos impiden una descripción exacta de la situación de salud. El informe presentado por USAID/Bolivia en 1978¹⁰ señala que sólo un 20% de las muertes son registradas y que "las muertes infantiles son las que menos se registran, especialmente en áreas rurales donde existen cementerios clandestinos y el acceso a facilidades médicas es muy limitado". Con las limitaciones consiguientes, el mismo informe presenta los siguientes datos: La población total de Bolivia es de 4.700.000 habitantes (actual-

mente —1986— la población estimada de Bolivia es de 6,2 millones de habitantes) con una población económicamente activa de 1.900.000. El 62% de la población trabaja en la agricultura y el 3,4% en minería. El promedio nacional de salarios es de 109 dólares por año. La esperanza de vida se calculó en 46 años para 1971. La tasa cruda de mortalidad se calcula en 19 por mil (en los otros países latinoamericanos la más alta es de 11 por mil). La tasa de mortalidad infantil es de 154 por mil. Estudios en áreas rurales informan de tasas de 300 por mil, diferente a la de las ciudades.

Las calorías consumidas por día, por grupos consumidores, muestra que el 50% de la población catalogada como de nivel económico bajo, consume 1.356 calorías. El 30% de nivel económico medio consume 2.165 calorías. El 15% de nivel alto consume 2.861 calorías. Sólo el 5% catalogado como muy alto consume más de 3.000 calorías llegando a consumir 4.813, según estudios realizados por la FAO.

La desnutrición del preescolar está estimada entre 40% y 50%. Los indicadores económico-sociales consignan que el porcentaje de población urbana servida con agua potable es de 56,9% de la cual tiene conexión domiciliaria el 44,5% y el 12,4% restante se considera de fácil acceso. En la población rural, el total de la población servida es 9,4% correspondiendo a la que tiene conexión intradomiciliaria.

En la medida en que se analice la crudeza de estas cifras estadísticas comprenderemos mejor la situación de salud en Bolivia, que al igual que en cualquier otro país, es reflejo de la política económica y la expresión más patética de un Estado que casi continuamente ha permanecido ajeno a la población boliviana, desvinculado de las aspiraciones populares, y sometido a los grandes intereses económicos extranjeros.

Una economía así alienada y sometida, no logra que ninguno de los auge económicos que se suceden en la explotación de los recursos naturales se traduzca en beneficio para su pueblo, menos el último auge de la ilegal explotación de la cocaína, que encumbra en el poder la violencia represiva y la corrupción. El corto intervalo de la Revolución Nacional consolida importantes transformaciones económicas y sociales, pero, lamentablemente, al frustrarse posterga la recuperación de la salud del pueblo boliviano, que después de esporádicos repuntes sigue esperando recuperar su libertad para conquistar su salud en un esfuerzo que no podrá hacerse sólo por las instituciones médicas, sino por la nación entera.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ¹ Basaglia, Franco et al. (1978) *La salud de los trabajadores*. Prólogo de Eduardo L. Menéndez: El modelo médico y la salud de los trabajadores pp. 11-51. Ed. Nueva Imagen. México.
- ² Guzmán, A. (1976): *Historia de Bolivia. Segunda Epoca: La minería*, cap. 10, pp. 275-287. 4ª edición, Los Amigos del Libro, La Paz.
- ³ Wallace, Mike, *Programa "60 minutos" del 1º de marzo de 1981*. Cadena CBS de televisión estadounidense. Versión taquigráfica publicada en: *Bolivia, información y análisis*, Quito, marzo de 1981, pp. 4-5 y 8.
- ⁴ Albo, Xavier (1978): "El mundo de la coca en Coripata, Bolivia", *América Indígena*, Vol. XXXVIII, N° 4, pp. 939-969, octubre-diciembre.
- ⁵ "No paraíso da mafia, uma chuva de cocaína", *Movimento São Paulo*, 22 de septiembre de 1980 s/p.
- ⁶ Roth, E. y colaboradores de la Dirección Nacional de Control de Sustancias Peligrosas (1980): *Reporte preliminar de los datos*

obtenidos para Santa Cruz de la investigación sobre consumo de drogas en la población estudiantil, p. 19, La Paz.

- 7 Mariátegui, J.C. (1977): *Siete ensayos de interpretación de la realidad peruana*, p. 14, trigésima quinta edición, Amauta, Lima.
- 8 Santa Cruz Schuhkrafft, Andrés de (1956): *Cuadros sinópticos de los gobernantes de la República de Bolivia*. Fundación Universitaria Simón I. Patiño, La Paz.
- 9 Guzmán, A. (1976): *Historia de Bolivia. Primera época: Los militares*, cap. 10, 4ª edición, p. 176, Los Amigos del Libro, La Paz.
- 10 USAID/Bolivia (1978): *Evaluación integral del sector salud en Bolivia*, p. 72. Misión Económica de los Estados Unidos, La Paz.
- 11 Balcazar, J.M. (1956): *Historia de la medicina en Bolivia*, p. 330, Ediciones Juventud, La Paz.
- 12 Moscoso, C. (1929): "Historia de la sanidad nacional", *Boletín de la Dirección General de Sanidad Pública*, N° 1, La Paz, agosto.
- 13 Balcazar, J.M. *Historia de la medicina en Bolivia, op. cit.*, pp. 625-626.
- 14 Bevier, G., N. Torres Muñoz y J. Doria Medina (1929): "Yellow fever in Bolivia, its history and epidemiology", *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, Vol. 2 N° 3, pp. 464-482, mayo.
- 15 Ferrufino, C. (1952): "Política sanitaria y somero análisis de labores", *Boletín del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública*, La Paz.
- 16 Comisión Redactora del Código de Seguridad Social (1956): *Proyecto de Código de Seguridad Social en Bolivia*, CNSS, La Paz.
- 17 Gumiel, A. (1954): *La silicosis en las minas bolivianas*, IBEAS, La Paz.

DEFENSA DE LA SALUD Y ATENCION DE LA ENFERMEDAD.

Tecnología iatrogénica

No es exagerado decir que la lucha contra la enfermedad es tan antigua que precede a la existencia del hombre; así los animales desarrollan actos instintivos que previenen o curan sus infecciones, como los perros, que al lamer sus heridas, no sólo logran una limpieza física sino una acción química y enzimática de la lizosima salival, que tiene evidente efecto antiinfeccioso.

La defensa consciente de la salud es, por el contrario, patrimonio humano, que empieza muy tarde a definirse como actividad específica que complementa y amplía la lucha contra la enfermedad, superando los estrechos límites de la práctica médica actual. Todavía ahora, cuando se habla de lucha por la defensa de la salud, resulta difícil no priorizar las actividades preventivas o curativas de la enfermedad.

Incluso los “indicadores de salud” que maneja la bioestadística, salvo contados casos, no se refieren precisamente a la salud, sino a la enfermedad o a la muerte. Podrían considerarse como excepciones relativas el cálculo de la expectativa de vida al nacer o los parámetros de crecimiento y desarrollo, pero en general los trabajadores en salud tenemos como referencia los índices de mortalidad o morbilidad, que son indicadores negativos de salud, y en base a ellos analizamos nuestro trabajo.

Si el problema fuera puramente semántico, no tendría significado; pero ocurre que detrás de la confusión, deliberada o no, de con-

ceptos que derivan de la interpretación que se da a las categorías de salud y enfermedad, se desarrollan actividades que, sin ser contrapuestas, terminan en posiciones radicalmente diferentes. Por una pendiente se puede llegar a priorizar la defensa de la salud como un derecho humano que demanda la solidaridad y la justicia social para el mejoramiento de la calidad de vida, y por otra terminar en la preferencia por el manejo de un lucrativo negocio de la enfermedad. Negocio que es estimulado por el gigantesco desarrollo tecnológico y científico de la medicina, que ha llegado a límites que sobrepasando lo racional, se convierten en negación del mismo progreso que le dio origen. La hipertrofia de la técnica, como en otras disciplinas, puede devenir en desmedro del saber general y de la misma ciencia.

Paradójicamente, la tecnología avanzada en las condiciones del subdesarrollo de nuestras sociedades del tercer mundo se constituye no sólo en derroche poco eficaz, sino en actividad iatrogénica. El deslizarse por una u otra pendiente está relacionado con la conceptualización de la salud y la enfermedad, con lo que se entiende por causas de ésta última, y con la orientación de la práctica médica.

1. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Cuando se reemplazó la causalidad mágica de las enfermedades por la “científica” —etiología infecciosa, bioquímica o física— la enfermedad considerada como un hecho anormal, como un desequilibrio que había que corregir, fue estudiada como el efecto directo de una sola causa, fundamentalmente microscópica: virus, bacteria, etc. La unicausalidad, que tuvo expresión en el minucioso estudio de los agentes infecciosos, provocó embriagadoras expectativas con el estudio de la especificidad de tal o cual bacteria para provocar determinados trastornos bien delimitados, cada vez mejor conocidos. El desarrollo de la bacteriología primero y de la virología después, parecía que iba a permitir el desentrañamiento de la causa de todas las enfermedades y su posterior manera de prevenirlas. Grandes pasos en el adelanto de la ciencia médica constituyeron el descubrimiento de las vacunas y de los antibióticos. La eficacia del primer fluido con poder real de inmunización contra una enfermedad —la viruela— fue demostrada categóricamente y sin duda alguna por Jenner a comienzos del siglo pasado. Pero tuvieron que pasar más de 150 años para que su producción, su distribución y particularmente su aplicación, pudieran garantizar la erradicación de esta enfermedad de nuestro planeta, en evidente demostración del desajuste entre una ciencia confinada a los laboratorios de las élites y los pueblos del mundo, ajenos a los progresos académicos. Los antibióticos, cuyo descubrimiento inició Fleming un

siglo después de la vacuna, abrieron esperanza de acabar con las enfermedades infecciosas. Tal expectativa tuvo que limitarse fuertemente hasta llegar a la etapa actual, donde su uso presta auxilio de valor en el tratamiento de muchas infecciones, pero ni son la panacea que se creía, ni se puede esperar de ellos que den fin con las enfermedades infecciosas.

Cuanto más se profundizaba el estudio de las etiologías, mayor era la frustración del pretendido dominio sobre la enfermedad. A la etiología unicausal siguió la multicausalidad, en un comienzo restringida exclusivamente al mundo biológico, para después de algún tiempo pasar a considerar también con mayor o menor énfasis los llamados “factores sociales” y los “factores ecológicos”.

Ninguno de estos cambios es casual. Las grandes empresas del auge inicial del capitalismo y el cientificismo, que se desarrollan a la sombra de los grandes éxitos logrados en la industria y en la agricultura, estimularon la investigación microbiológica que sustentó la teoría unicausal de la enfermedad. Luego, en parte por las limitaciones que se descubrieron en esta teoría, pero principalmente porque el sistema capitalista empezó a declinar y se agudizaron las crisis del sistema, aparecen, en el decenio de 1960, nuevas teorías que surgen de una cruda realidad social que margina a grandes sectores humanos, con una patología dependiente más bien de su condición económico-social, que de la sola pululación bacteriana, viral o parasitaria.

Se suceden así las tesis multicausales de McMahon y el planteamiento más desarrollado de Leavell y Clark. Para que se produzca la enfermedad no se requiere solamente de uno o más agentes, sino que ésta resulta de la interacción de los agentes sobre un huésped particular que vive en un ambiente determinado: agente, huésped y ambiente forman la triada ecológica de Leavell y Clark.

En este período ya moderno, estos investigadores describen con acierto “la historia natural de la enfermedad” como un proceso que tiene origen en otros procesos que ocurren antes de que aparezca la enfermedad. Presentan así su conocido esquema de etapas sucesivas, en el cual existe un período prepatogénico que corresponde a la situación del organismo humano en mejores o peores condiciones biológicas para resistir o ser víctima de una enfermedad que todavía no ha llegado. Cuando la afección se inicia, le sigue una segunda etapa, también muda, sin expresión externa, llamada etapa preclínica, la cual al continuarse, pasa a tener manifestaciones poco específicas que constituyen la etapa subclínica, a la cual sigue la etapa clínica o de la enfermedad con todas sus caracterizaciones y su sintomatología propia.

Este esquema no es sólo descriptivo de tal proceso sino que plantea interesantes acciones médicas para su control, englobadas todas dentro de actividades preventivas. Se plantea así la prevención primaria en la etapa prepatogénica con actividades de promoción y fomento, educación y protección específica con vacunas. En las actividades de promoción y fomento se incluyen actividades sociales que buscan la conformación de un ambiente ecológico y social para proteger en la mejor forma posible al organismo humano. Igual objetivo se busca con la educación.

La prevención secundaria corresponde realizarla en las etapas preclínica y subclínica, con un diagnóstico precoz de la enfermedad y su tratamiento oportuno.

En la etapa clínica, el tratamiento se dirige no sólo a curar los síntomas, sino a evitar secuelas y complicaciones, y a lograr la rehabilitación del enfermo; por lo cual a esta etapa corresponde, según la innovadora posición de los autores, la prevención terciaria.

El planteamiento de la historia natural de la enfermedad incorpora un concepto dinámico: la curación o la muerte, con etapas intermedias, que podrían ser la presencia de secuelas o de invalidez, se reconocen ya como partes de un proceso. Sin embargo, importa mucho no confundir lo que ahora llamamos "defensa de la salud" con la promoción, educación, inmunizaciones, etc., que corresponden a la prevención primaria de Leavell y Clark. Una confusión así conduce a una apreciación esquemática e ingenua de la realidad, peligrosamente equívoca, ya que detrás de ella podrían esconderse ideologías que es preciso diferenciar.

2. EL PROCESO SALUD - ENFERMEDAD Y EL PROCESO ECONOMICO - SOCIAL

Hay dos corrientes de pensamiento que resumen las diferentes formas de interpretar la salud y la enfermedad. Por un lado está el funcionalismo meramente descriptivo: sin poder analítico, o parcelado en el análisis, que reconoce la multicausalidad de los fenómenos pero no prioriza ni diferencia las causas determinantes de las condicionantes, y que en el tema que tratamos no pasa de un biologismo estrecho, aunque matice sus conceptos de la causalidad de la enfermedad con "factores sociales" o "ambientales" sobreañadidos. Por otro, existe ahora un enfoque alternativo, realmente científico, que busca explicar la totalidad de los problemas y no sólo sus partes, que no aísla los aspectos ni parcela la realidad, sino que busca analizar la condiciona-

lidad recíproca de los fenómenos para integrarlos y poder establecer así leyes generales en un marco histórico cambiante.

Para esta última forma de pensamiento, la historia natural de la enfermedad constituyó un gran paso adelante frente a las nociones anteriores de uncausalidad o multicausalidad no estructuradas; pero el mérito de esta forma de conceptualizar la enfermedad no radica en sí misma sino en la apertura que brinda para profundizar el análisis y ampliar el concepto.

Al presente existe ya investigación suficiente para afirmar que la salud y la enfermedad son partes de un mismo proceso en continuo intercambio. No se puede hablar de salud aisladamente, ya que la salud absoluta sólo se la puede concebir en los ángeles inmateriales, inmortales y eternos, y la enfermedad absoluta tendría que asimilarse a la muerte. En la vida no se puede definir un estado de salud absoluto, ni tampoco otro de enfermedad; lo que existe es un proceso continuamente cambiante y sin límites definidos, aunque sus extremos aparezcan como polos contradictorios. Este proceso salud-enfermedad no está limitado al mundo biológico —actuando sobre él factores sociales o influencias ambientales— sino que, y esto es lo importante, constituye un proceso fundamentalmente dependiente de otro proceso, el socioeconómico, que también es continuamente cambiante. Por eso decimos que el proceso salud-enfermedad está inmerso en el proceso económico-social. El reconocer que los dos procesos no son solamente paralelos, sino que se influyen entre sí, recíprocamente, cambia no sólo la concepción teórica de salud y de enfermedad, sino la práctica social y médica para buscar mayor salud y menor enfermedad.

3. DEFENSA DE LA SALUD Y LUCHA SOCIAL

El sentido que queremos dar a la defensa de la salud, como categoría nueva, supera el concepto de atención de la enfermedad que se limita a la promoción, prevención, curación y en general a todas las actividades destinadas a perfeccionar la práctica médica. La defensa de la salud involucra un cambio cualitativo que se proyecta al ámbito de las relaciones sociales de producción y se inserta en la lucha social por el logro de reivindicaciones que buscan mejorar la calidad de vida y por lo tanto la salud.

En los países dependientes y atrasados, donde la burguesía es por lo general insignificante, aunque el poder que ejerza en la sociedad sea desmedido por efecto de influencias foráneas y por el propio sub-

desarrollo del país, la lucha de clases antagónicas no tiene una expresión tan clara como en los países de gran desarrollo industrial, en los cuales tanto burguesía como proletariado son numérica y cualitativamente importantes, con posiciones definidas y con intereses evidentemente contrapuestos.

En los países subdesarrollados, las grandes mayorías están formadas por campesinos no asalariados, por escaso número de trabajadores proletarios, por una clase media empobrecida, en la cual se incluyen profesionales, técnicos y pequeños industriales con escaso capital, y por otros grupos sociales que configuran una situación que no es la misma. Más que clases antagónicas existe una sociedad civil casi homogéneamente deprimida.

En Bolivia, donde el campesino después de la reforma agraria es dueño de su tierra y de sus instrumentos de trabajo, no puede seguirse considerando a la clase campesina como en la época del pongueaje; ya no es la clase explotada por un patrón, pero tampoco podemos verla como una clase liberada. Continúa pegada a su tierra avara, con un índice de productividad tan bajo que su producto, aunque también le pertenece sin restricciones, no le alcanza para subvenir sus necesidades, y continúa tan pobre como antes de la reforma agraria. Los moldes esquemáticos para definir las clases sociales no funcionan, si no se los enriquece con un análisis histórico.

Tampoco responde a los esquemas simplistas la situación de la pequeña burguesía, que en el caso particular de Bolivia, es más pequeña que burguesía. El pequeño industrial, el minero chico, producen por lo general sin capital propio o con deudas tan grandes que bien podría decirse que son empleados de los bancos que los financian porque, además, casi siempre emplean en el trabajo no sólo el capital recibido en préstamos, sino su propia fuerza de trabajo que comparten con sus obreros.

Salvando situaciones particulares de algunos mineros chicos y de la minería llamada mediana por su mayor desarrollo, de algunas empresas agroindustriales, escasas fábricas y la ganadería que empieza recién a desarrollarse, el enfrentamiento de clases antagónicas no es aparente. En forma natural se da una alianza de clases, que, como tanto se ha dicho, tienen intereses diferentes, pero no antagónicos, porque a todas las une la común pobreza, la búsqueda compartida de conquistas para necesidades vitales no satisfechas. Pero falta adquirir la conciencia de que esta situación, que eufemísticamente se llama subdesarrollo, y que todavía algunos califican de “en vías de desarrollo”, se debe a la dependencia. Esta conciencia la adquieren más fácil-

mente los más deprimidos, pero se enreda en las clases medias o se engeuece en los sectores que con grandes esfuerzos llegan a tener algunos bienes.

En esta situación, la sociedad civil es casi homogéneamente explotada por la relación desigual e injusta que existe con los países industrializados, que utilizan todos sus recursos para agrandar, nunca para disminuir, la distancia entre nosotros y ellos. Es por esto que la alianza de clases es un planteamiento válido y por lo que casi todas las fuerzas políticas respaldan las reivindicaciones nacionales y se declaran nacionalistas y partidarias de esta alianza. Sin embargo, y precisamente por estas peligrosas generalizaciones, hay que subrayar que en nuestras sociedades subdesarrolladas, porque son dependientes, unos buscan la alianza para fortalecer la burguesía, que no por pequeña o insignificante ha dejado de existir ni deja de estar ligada a intereses foráneos, y otros buscan más bien fortalecer al trabajador y al campesino, para que conjuntamente con la clase media, constituyan un frente nacional contra la dependencia extranjera y la explotación económica que es protagonizada por empresas transnacionales y sus agentes locales.

En estas condiciones de lucha nacional por reivindicaciones generales, la lucha por la salud no puede estar ajena al conflicto social. Si se aísla, acaba no sólo en un elitismo desarraigado de su medio, sino que se esteriliza en una neutralidad imposible de concebir. Cuanto más pobreza y explotación se junten en un país, más aguda es la lucha por su liberación, y resulta más antinatural plantear políticas académicas de salud al margen de la lucha social. La medicina que pretende ignorar las injusticias sociales para encerrarse en laboratorios y hospitales, o, a lo más, formular programas de atención primaria con "participación de la comunidad", como si se tratara de sociedades justas y equilibradas, no sólo peca de miope, sino que fatalmente es cómplice de la injusticia social, y por lo tanto incapaz de contribuir al bienestar de las mayorías, ni siquiera logrando disminuir la enfermedad.

Sólo se puede hablar de participación de la comunidad, primero, cuando hay una comunidad y no una sociedad en pugna, y después, cuando hay algo palpablemente favorable, en cuya conquista se puede participar. Es por eso que nosotros preferimos hablar de movilización popular, reconociendo que ésta es fundamentalmente de reivindicación de todas las injusticias y de todas las necesidades sociales no satisfechas, entre las cuales está la salud.

Una característica importante que hemos podido observar en nuestro país, Bolivia, es que una movilización así, integral, puede

tener como eje importante la defensa de la salud dentro del concepto que acabamos de explicar, y que de este modo se puede llegar a plantear la lucha por la salud como fuente de la movilización popular y como puente de integración y unidad nacionales, superando sectarismos y otros limitantes de la lucha popular.

Con estos fundamentos entendemos por lucha por la defensa de la salud actividades que parten no del individuo, sino de su organización social, que van de lo general a lo particular, de lo positivo a lo negativo, reconociendo que la propia estructura social es, en sí misma, promotora de salud o patógena, según cómo se organice. En este enfoque integral, la atención a la enfermedad, indispensable complemento de la defensa de la salud, vale como tal y es un recurso insoslayable de elevado valor; pero cuando, ingenua o maliciosamente, la práctica médica a título de un cientificismo arrogante y elitista prioriza la atención del enfermo, ignorando o subalternizando la problemática social, tal atención puede derivar fácilmente en el negocio de la enfermedad, negocio que no sólo no defiende la salud, sino que le es perjudicial y resulta iatrogénico. En los países subdesarrollados, el desviar inversiones necesarias para incrementar la producción y para elevar el nivel de vida destinándolas a la construcción de lujosos hospitales equipados con toda la tecnología moderna, a la cual pueden tener acceso sólo los sectores privilegiados, mientras los pobres se mueren de desnutrición, de diarrea o de infecciones, que no se benefician en nada con los alardes de la técnica, es médicamente una aberración y socialmente condenable.

Un examen superficial, meramente descriptivo, podría indicar que nuestro énfasis en la defensa de la salud corresponde a la prevención primaria en el esquema de la historia natural de la enfermedad, con particular acento en la "promoción de la salud", y que la atención de la enfermedad estaría contenida en la prevención secundaria y terciaria del esquema de Leavell y Clark. Pero ésta no es la situación real; por muchas coincidencias que existan en la forma, el contenido es diferente. Las prácticas que se derivan de ambas concepciones, si tienen algún parecido, sólo en fotografía pueden verse iguales. Un análisis profundo y dinámico establece claras diferencias. Por un lado se estudia la enfermedad como una disfunción que hay que corregir, disfunción que, si bien se reconoce tiene componentes biológicos y sociales, se mantiene como un estado biológico anormal, resultado de una o muchas causas que confluyen como por azar para producir una determinada patología, con etiología y patogenia específicas; por otro, se analiza un proceso salud-enfermedad como expresión del proceso económico-social, en el cual la etiología y la patogenia son los últimos eslabones de una dinámica fundamentalmente so-

cial, y no las causas de la enfermedad en el sentido filosófico de la causalidad.

Las prácticas que se derivan de estas opuestas concepciones son también diferentes, aunque tengan expresiones aparentemente similares.

La atención primaria de salud y la participación popular son así actividades que no definen posiciones por sí mismas, ya que en realidad son expresiones que pueden usarse desde uno u otro punto de vista como formas que pueden aparentar semejanza, pero que obedecen a diferentes contenidos.

4. DECLARACION DE ALMA - ATA

Sin embargo, pese a todas las mistificaciones que se utilizan en muchos países para interpretar, a su modo, la atención primaria y la participación llamada comunitaria, conviene recordar que el texto original de la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria aprobada por la Organización Mundial de la Salud, es un decálogo que puntualiza el derecho a la salud, la obligación de los Estados de cuidarla, y la participación de la comunidad en la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria. Insiste además en que todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales en coordinación con todos los sectores y campos de actividad del desarrollo nacional, y considera otros aspectos socio-económicos que hacen de esta Declaración un instrumento de reivindicación social.

Quizá más que en la propia Declaración, aprobada por unanimidad de los delegados asistentes de todos los Estados miembros, el espíritu que la Organización Mundial de la Salud quiere dar a la atención primaria está contenido en el informe conjunto del Director General de la OMS y del Director Ejecutivo del UNICEF, que sirvió de marco para la redacción final de las conclusiones de la Conferencia Internacional, que terminó el 12 de septiembre de 1978 con lo que ahora conocemos como Declaración de Alma-Ata. El informe aludido¹ en la primera parte de sus generalidades dice así:

“La atención primaria de salud es la clave para alcanzar, en todo el mundo y en un futuro previsible, un nivel aceptable de salud, que

¹ OMS-UNICEF, *Alma-Ata 1978: Atención primaria de salud*. Serie Salud para Todos, N° 1 1978, pp. 43-44.

forme parte del desarrollo social y se inspire en un espíritu de justicia. Es igualmente válido para todos los países, desde los más desarrollados hasta los de menor desarrollo, aunque adoptará diversas formas según las diferentes modalidades políticas, económicas, sociales y culturales. Sobre todo para los países en desarrollo es de una necesidad apremiante, y es ésa la razón de que este informe se centre en las necesidades de esos países”.

“En el campo de la salud, va en aumento la distancia que media entre los ‘privilegiados’ o países ricos y los ‘desposeídos’ o países del mundo en desarrollo. Esa distancia se aprecia también dentro de ciertos países, cualquiera sea su grado de desarrollo”.

“En todo el mundo cunde el desencanto acerca de la asistencia sanitaria, por razones que no son difíciles de discernir. Con los conocimientos técnicos de que hoy se dispone se podría alcanzar un estado de salud mejor que el actual, pero, por desgracia, en la mayor parte de los países esos conocimientos no se aplican en la mayoría de la población para su beneficio. Los recursos de salud suelen asignarse principalmente a instituciones médicas de alto nivel establecidas en zonas urbanas. Aún dejando de lado la dudosa premisa social en que se basa ese proceder, la concentración de tecnología complicada y costosa en sectores limitados de la población no presenta siquiera la ventaja de mejorar la situación sanitaria. De hecho, se viene confundiendo este mejoramiento con la prestación de asistencia médica a cargo de un número cada vez mayor de especialistas, que emplean tecnologías médicas muy específicas en beneficio de la minoría privilegiada. Las personas han pasado a ser casos sin personalidad, y se ha perdido el contacto entre quienes prestan asistencia médica y los que la reciben”.

“Viene a complicar la situación el hecho de que, con demasiada frecuencia, los sistemas de salud se organizan al margen de la corriente principal del desarrollo social y económico. Casi siempre esos sistemas se limitan a la prestación de asistencia médica, aunque la industrialización y la alteración deliberada del medio crean problemas de salud cuya solución adecuada escapa, con mucho, al ámbito de esta clase de asistencia”.

Tenemos que resistir la tentación de hacer una transcripción literal y total de un texto que consideramos liberado de prejuicios y orientado a promover cambios sustanciales al servicio de la salud de la mayoría de la población; ésta continúa, no obstante, casi en la misma situación en la mayor parte del mundo, más en los países subdesarrollados.

Y acá cabe una consideración especial: en el plano teórico existe un consenso general sobre principios que defienden la igualdad social y la vigencia de todos los derechos humanos para toda la población, sin discriminación de edad, sexo, raza, religión o convicción política; pero en la práctica, la realidad concreta obedece a otras determinaciones. Y es que, partiendo del mismo principio, la práctica médica como la práctica social pueden seguir diferentes caminos de acuerdo con intereses económicos que también son distintos.

De este modo, la Declaración de Alma-Ata ha servido en la mayoría de nuestros países subdesarrollados para estimular una llamada medicina comunitaria, diferente a la concepción original.

En función de la heterogeneidad de la sociedad se adoptan modelos de atención diferenciados para pobres y ricos, que en última instancia, violan el principio de equidad y justicia contenido en la meta de *salud para todos* de la OMS. Asimismo, la participación de la comunidad se desvirtúa con la simple utilización de mano de obra barata y el intento de transferir a la población empobrecida la total responsabilidad de resolver sus problemas, ocultando la obligación del Estado de defender el derecho a la salud. La verdadera participación de la comunidad implica la cogestión, y la corresponsabilidad del Estado y de la sociedad para enfrentar juntos la crisis económica y todos sus problemas derivados con un planteamiento político claro.

La promoción de la salud que originalmente plantea la OMS como recurso para superar las precarias condiciones de vida resultantes de las injusticias sociales, se desvirtúa con el ejercicio de "promotores de salud" como agentes de la conservación de un sistema injusto, que sólo se ocupan de hacer propaganda consumista de pastas dentales, de jabón o de los consultorios de médicos que venden salud a precios rebajados. La explicación del por qué tan elevados conceptos aprobados por todos los Estados del mundo no cambian las realidades nacionales sino en una mínima proporción, la encontramos en las diferentes interpretaciones, y particularmente en la distinta aplicación de los principios aprobados, en concordancia más bien con los intereses económicos predominantes que con los ideales declarados. Es por eso que nosotros insistimos en diferenciar la defensa de la salud de lo que es atención de la enfermedad. Con defensa de la salud queremos significar actividades sociales y médicas para mejorar integralmente la calidad de vida, mientras que la atención de la enfermedad, aun incluyendo actividades preventivas junto a las curativas, se mantiene enmarcada en el área biológica, con peligro de deslizarse por la pendiente del negocio de la enfermedad. Nuestra experiencia boliviana esclarece mejor esta diferencia, sutil en la forma, pero grande en el contenido.

5. POLITICAS DE SALUD DE BOLIVIA

En el caso particular boliviano, es necesario ubicarnos no sólo en el espacio de nuestro país para referirnos a las políticas de salud, sino en el tiempo y en las condiciones económicas, sociales y políticas que nos ha tocado vivir.

Bolivia, un país capitalista atrasado, que hasta 30 años atrás tenía un sistema feudal con resabios esclavistas en el campo, combinado con un capitalismo primitivo de explotación infrahumana en las minas, casi sin desarrollo industrial, posee un extenso territorio con baja densidad de población, con centros urbanos pequeños y separados, no sólo por grandes distancias, sino por una quebrada geografía. A la natural diferencia de clases sociales se añaden diferencias étnicas y culturales, que dificultan una integración nacional. Sin embargo, con una burguesía insignificante, numérica y cualitativamente, y una clase obrera aguerrida, organizada y con clara conciencia de sus intereses, con grandes mayorías campesinas incorporadas ya a la lucha reivindicadora, la contradicción principal, como ya explicamos, no se plantea entre clases antagónicas, sino entre una alianza de obreros, campesinos y clase media empobrecida por un lado, y por otro los agentes de intereses económicos extranjeros.

La Revolución Nacional de 1952, bajo la conducción de un partido multitudinario, el Movimiento Nacionalista Revolucionario (MNR), nacionalizó las minas, realizó la reforma agraria, distribuyendo gratuitamente la tierra a quienes la trabajaban, liberando al pongo de toda servidumbre; estableció el voto universal, e inició el nucleamiento de una nacionalidad robusta. Infelizmente, por razones que no es el caso discutir acá, este proceso se interrumpió en 1964, cediendo lugar a una serie de dictaduras de corte fascista que desarticularon la sociedad boliviana en vías de integración, pretendieron destruir las fuertes organizaciones populares, aunque sin lograrlo nunca, introdujeron la corrupción y el narcotráfico, y destrozaron la economía nacional.

Después de una tenaz lucha por arrancar a la dictadura una convocatoria a elecciones, se arriba a la situación emergente de tres procesos electorales sucesivamente ganados por la Unidad Democrática y Popular (UDP), aunque siempre con mayoría relativa. En octubre de 1982 la alianza popular se hace cargo del gobierno con un parlamento adverso, que nombra un Poder Judicial también parcializado en contra del Poder Ejecutivo. Tenemos que enfrentar la peor crisis económica, social y política, arrastrando una real emergencia sanitaria nacional que se expresa en los peores indicadores de salud de América. Sólo a título de ejemplo citamos, con todas las deficiencias

de nuestras estadísticas, ya que no tenemos cifras precisas, la mortalidad infantil que sobrepasa los 200 por mil, la mortalidad general de 17,48 por mil, y la expectativa de vida de apenas 48 años.

Estamos conscientes de que estos y otros “indicadores de salud” son el claro reflejo de una situación económico-social que debe cambiar radicalmente para mejorar la situación de la salud; que Bolivia requiere profundizar los cambios que se iniciaron en 1952 con la Revolución Nacional y conquistar justicia social para las mayorías. Pero también conocemos nuestras limitaciones: 20 años de dictaduras represivas han destrozado las organizaciones políticas, han corrompido la conciencia ciudadana, particularmente en los sectores de clase media que integran la burocracia estatal, y han inutilizado el aparato productivo sin reponer los medios de producción en las minas nacionalizadas, ni en otras empresas estatales.

Los regímenes totalitarios se limitaron exclusivamente a salvar su presente y a hipotecar el futuro; exageraron la extracción de recursos naturales sin ampliar las fuentes de producción. Adquirieron cuantiosas deudas que invirtieron en edificios de departamentos de lujo para los privilegiados o en hoteles sobredimensionados, mientras crecía el déficit habitacional de los sectores desposeídos. Casi no dejaron inversiones rentables. Las minas y los yacimientos petrolíferos fueron sobreexplotados sin preocuparse de realizar nuevas exploraciones.

Los economistas, con más autoridad, se han referido a la calamitosa situación que heredamos de las dictaduras. Nosotros queremos destacar simplemente la situación social: la descomposición política, la dispersión de las fuerzas populares después del apresamiento, exilio o asesinato de connotados dirigentes, y las dificultades económicas y humanas para estructurar un poder estatal fuerte y bien cohesionado que permita establecer políticas definidas, al servicio de las mayorías nacionales, enfrentando el poder de los grupos hegemónicos.

La clase proletaria en Bolivia, por razones del subdesarrollo y la escasa industrialización del país, es minoritaria. Las mayorías campesinas empiezan recién a esclarecer su conciencia liberándose paulatinamente de las deformaciones que les dejó el pacto militar-campesino. Sólo la arraigada tradición de organización comunitaria permite que la sociedad campesina esté menos contaminada por las lacras que heredamos, pero, por otra parte, una corriente ultraizquierdista irresponsable y desorientada alienta en el campo reacciones racistas y paradójicamente un corporativismo que bien puede ser la antesala de nuevas inclinaciones fascistas.

El resultado electoral de 1980, cuando la población todavía no discriminaba con claridad quiénes combatían contra las dictaduras

desde posiciones populares y quiénes por reponer sus privilegios, que también habían sido mellados por el descalabro de los regímenes autoritarios, dio por resultado un triunfo tan relativo de la UDP que, como dijimos antes, tomó el gobierno en octubre de 1982 sin disponer realmente del poder estatal.

El pueblo conquistó la transición pacífica de la dictadura a la democracia, pero ésta nació amarrada a una serie de limitaciones y disposiciones legales a favor del mantenimiento del privilegio. Pretender en estas condiciones provocar un cambio radical en la estructura del país no sólo era una utopía, sino que exponía al pueblo a una nueva frustración. La experiencia de 1971 nos había dejado muchos héroes, pero en forma paralela al reconocimiento popular de su memoria, creció la represión que destrozó las conquistas sociales y las esperanzas del pueblo. Las particulares circunstancias no aconsejaban repetir tal experiencia. En estas condiciones, no podíamos esperar que el cambio económico-social nos permitiera mejorar las condiciones de vida y por ende la salud. Tampoco podíamos conformarnos con administrar la simple atención de la enfermedad; por eso nos planteamos iniciar una lucha por la defensa de la salud que simultáneamente lograra objetivos concretos y sirviera de recurso movilizador de las energías populares, para lograr su unidad y su potenciamiento al servicio de todas las conquistas sociales.

6. EL DERECHO A LA SALUD

La relativa autonomía del sector social y el fuerte respaldo que teníamos en la Presidencia de la República, permitió que desde el inicio del proceso democrático se pudiera plantear una política de salud concordante con los principios de solidaridad social y de defensa de los intereses de las mayorías nacionales. Empezamos recalcando que “la salud es un derecho, y como tal no puede venderse ni regalarse, sino que se conquista, junto con todos los derechos sociales, con la movilización popular organizada”. Apelamos a los sectores populares de campesinos, obreros y clases medias para plantearles que, con la misma energía que habían derrotado a la dictadura, podían derrotar las enfermedades, las limitaciones educativas y otras, para liberarse realmente de toda dependencia, de todo atraso y de toda enfermedad.

No planteamos la “participación de la comunidad” en programas técnicamente diseñados, sino más bien nosotros, como equipo de defensa de la salud, nos brindamos a luchar solidariamente al lado de la población por la conquista de todos sus derechos, entre los cuales

uno importante, es el derecho a la salud sin restricciones ni diferencias odiosas.

Aunque la lucha del pueblo organizado por defender su propia salud resultó nuestro principal motor, tuvimos que realizar enormes esfuerzos para desarrollar un sistema institucional coherente con las nuevas políticas definidas y que estuviera en condiciones de superar la dispersión de recursos, la ineficiencia y otras taras que heredamos de una organización desarticulada, con una serie de programas verticales desconectados de la oficina central. Todavía no pudimos lograr el objetivo de contar con un sistema único de salud que optimice los recursos, pero están ya priorizados los principales problemas del proceso salud-enfermedad de la población boliviana, y se empezó a atacarlos con un éxito que era imposible de prever antes de conocer la fuerza que es capaz de desarrollar la energía de las colectividades oprimidas cuando encuentran un cauce de realizaciones tangibles en su propio beneficio. Particularmente los pueblos de los países subdesarrollados como el nuestro, tienen tantas reivindicaciones pendientes, que cuando se logra identificar la salud como la máxima expresión de todos los componentes de la calidad de vida, la lucha por la salud no sólo resulta integradora de todas las conquistas sociales, sino que se convierte además en nexo de unidad nacional y en medio para superar diferencias sectarias y otras que naturalmente existen en toda sociedad.

La combinación de esfuerzos por desarrollar eficientemente el sector institucional disperso e insuficiente y la integración a la lucha por la defensa de la salud del pueblo organizado es la clave con la cual nos propusimos lograr el objetivo de contar con un sistema único de salud que optimice los recursos y que impacte sobre los problemas prioritarios del pueblo boliviano.

Nuestra primera realización fue la organización del Consejo Popular de Salud, al cual planteamos las nuevas tesis del proceso salud-enfermedad encarnado en el proceso económico-social. Con este Consejo discutimos y aprobamos las *Bases para las Políticas de Salud*. Hay que reconocer que para muchos dirigentes obreros fue una novedad la que se les planteaba. Estaban acostumbrados a luchar por un salario, por la estabilidad en el trabajo, por obtener una vivienda y otros beneficios materiales, pero la lucha por la salud era interpretada, no como el derecho a poder gozar de salud, sino a tener atención médica, y se identificaba, y todavía se identifica, con la posta sanitaria o el hospital y los medicamentos. Costó mucho inicialmente, y todavía cuesta, hacer comprender la importancia mayor que tiene la defensa de la salud que involucra todos los beneficios materiales capaces de mejorar la calidad de vida, por los cuales siempre luchó el tra-

bajador; y la otra categoría que constituye la atención médica, la cual completa la defensa de la salud, pero que en forma aislada y exclusiva, aunque necesaria, es accesoria y no fundamental. Los médicos son los que más difícilmente aceptan esta forma de lucha por la salud, porque les cuesta concebir una política de salud que no esté comprometida con el equipamiento hospitalario, que para ellos es prioritario al pan nuestro de cada día. Tampoco los trabajadores pueden renunciar fácilmente a su concepción consumista de que la salud se defiende con grandes hospitales, con “equipos modernos” y con medicamentos.

Hemos tenido que optar por medidas mixtas, pero a tiempo de establecer prioridades logramos aceptación para que éstas se refieran a la atención de la madre, el niño y el trabajador con actividades priorizadas también en sentido del fomento y de la defensa de la salud y no sólo de atención curativa. En realidad sólo después de la primera movilización popular, en la que se alcanzó una cobertura de más de 90% de la población menor de 6 años con vacuna oral contra la polio, fue posible predicar la capacidad popular para derrotar las enfermedades sin apelar a las sofisticadas tecnologías que aumentan la dependencia y no ayudan tanto como cuestan.

7. LAS MOVILIZACIONES POPULARES

El buen éxito de la primera movilización popular tuvo un efecto multiplicador sobre las siguientes, tanto por su efecto estimulante sobre las organizaciones sindicales, juntas de vecinos, clubes de madres, etc. como sobre el sector institucional, sobre los funcionarios del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Estos pudieron percibir claramente la energía potencial que guardan las organizaciones populares y la ventaja de su movilización al servicio de un objetivo tan universalmente compartido como la defensa de la salud.

La primera movilización, a la que consideramos no sólo como el primer triunfo del enunciado teórico de las “Bases para la Política de Salud”, sino como el afianzamiento de la conciencia popular y de la fe en la capacidad de su propia organización, arrojó resultados superiores a nuestras propias expectativas en las ciudades sede de las 11 Unidades Sanitarias. Este resultado fue además presentado con alborozo general por la televisión boliviana, y sirvió de aliento a todas las organizaciones populares, cuya activa movilización fue destacada como el motor principal de las políticas de salud y como parte de los triunfos de la transición pacífica de la dictadura a la democracia.

Los siguientes resultados se difundieron por todo el país la misma noche de la primera movilización:

PRIMERA MOVILIZACION POPULAR CONTRA LA POLIO
Octubre 1983 - Bolivia

Unidades Sanitarias	Total población urbana ^a		
	Menores de 5 años	Nº de niños vacunados	Porcentaje
Total:	331.563	314.885	95,0
1. Santa Cruz	67.341	68.387	101,6
2. Riberalta	4.513	4.153	92,0
3. Oruro	26.344	23.867	90,6
4. Tarija	8.894	9.254	104,0
5. La Paz	138.911	129.356	93,1
6. Chuquisaca	13.099	11.080	84,6
7. Potosí	17.041	15.276	89,6
8. Tupiza	1.858	1.896	102,0
9. Pando	924	828	89,6
10. Cochabamba	45.685	43.928	96,2
11. Trinidad	6.953	6.860	98,7

^a Se consideró población urbana a la residente en las ciudades sede de cada Unidad Sanitaria. Los porcentajes mayores a 100 corresponden a ciudades con subregistro de su población menor de 5 años.

El haber logrado vacunar en un solo día al 95% de la población menor de 5 años en las ciudades principales del país, motivó grandes titulares en la prensa y un orgullo general, porque todos se sintieron autores del triunfo.

Los datos del área rural demoraron en llegar más de una semana. La dificultad de las comunicaciones y el hecho de que el 60% de la población boliviana vive en aldeas de menos de 2.000 habitantes, repartida en un extenso territorio cuyas distancias se agrandan por la quebrada geografía justifican este hecho, y explican el conformismo con el que antes de ahora, las Unidades Sanitarias condieraban a la mayor parte de la población como inaccesible. Hasta entonces la máxima cobertura lograda en vacunaciones realizadas con el Programa Ampliado de Inmunización en actividades continuadas durante todo el año, nunca llegó ni al 25% de la población total.

Cuando se pudo completar el registro estadístico de esta primera movilización, incluyendo en el universo hasta los caseríos más alejados, la cobertura bajó, pero se mantuvo en niveles satisfactorios, alrededor del 80% en la mayoría de las Unidades Sanitarias. Algunas que tuvieron coberturas inferiores explicaron las dificultades materiales para vacunar en un solo día a toda su población difícilmente accesible, aun para los dirigentes campesinos. Por tales razones se les autorizó completar su labor en semanas sucesivas, lo que tuvo que hacerse en las tres movilizaciones contra la polio. Por este motivo la población que finalmente recibió la vacuna es ligeramente mayor a la que aparece en los cuadros en que se registran los datos exclusivamente del día de la movilización popular (véanse en anexo cuadros 1, 2 y 3).

Cada movilización popular se fue convirtiendo en festival folklórico; conjuntos musicales espontáneamente organizados por los Comités Populares alegraban las concentraciones en los puestos de vacunación o acompañaban a las brigadas que en los barrios alejados vacunaban a los niños casa por casa.

Simultáneamente fue aumentando el número de Comités Populares y su organización en cada departamento, lo que nos impulsó a iniciar, como un homenaje al 9 de abril, Día de la Revolución Nacional, la movilización contra el sarampión con vacuna inyectable. Tuvimos que preparar especialmente al personal voluntario que se brindó para colocar las inyecciones y movilizar a todas las auxiliares y enfermeras del país a través de sus respectivos colegios. La diferencia entre colocar dos gotas en la boca de los niños y aplicar una inyección subcutánea nos obligó a mayores esfuerzos, pero continuamos con el mismo tipo de organización popular. La población movilizada cumplió la tarea de trasladar a los niños de sus casas a los centros de vacunación. Los resultados, sorprendentemente altos, fueron corroborados después porque con posterioridad a la vacunación no volvieron a repetirse las epidemias de sarampión. Pese a que la cobertura en áreas rurales no fue de nivel óptimo, en las ciudades se alcanzó el 97% (véase el cuadro 4).

El sarampión, que figuraba como la tercera causa de mortalidad en la población preescolar, no ha vuelto a presentarse sino excepcionalmente en la ciudad de La Paz. El Hospital del Niño tuvo un solo caso en un niño no vacunado. Se registraron además dos casos de niños atendidos en consulta privada, los cuales no fueron vacunados el día de la movilización, aduciendo que ya habían sido vacunados por su médico particular.

ANEXO I
Cuadros estadísticos

Cuadro 1
BOLIVIA: COBERTURA ALCANZADA EN LA PRIMERA MOVILIZACION POPULAR
DE SALUD DE VACUNACION ANTIPOLIOMIELITICA
POR UNIDADES SANITARIAS, OCTUBRE DE 1983

Nº de orden	Unidades Sanitarias	Total			Urbana ^a			Rural ^b		
		Niños menores de 5 años	Nº de niños vacunados	%	Niños menores de 5 niños	Nº de niños vacunados	%	Niños menores de 5 años	Nº de niños vacunados	%
	TOTAL	839.022	638.360	76,1	331.563	314.885	95,0	507.459	323.475	63,7
1	Santa Cruz	145.834	129.931	89,1	67.341	68.387	101,6	78.493	61.544	78,4
2	Riberalta	12.371	11.000	88,9	4.513	4.153	92,0	7.858	6.847	87,1
3	Oruro	54.881	47.454	86,5	26.344	23.867	90,6	28.537	23.587	82,7
4	Tarija	34.018	27.458	80,7	8.894	9.254	104,0	25.124	18.204	72,5
5	La Paz	270.625	211.226	78,1	138.911	129.356	93,1	131.714	81.870	62,2
6	Chuquisaca	59.326	46.140	77,8	13.099	11.080	84,6	46.227	35.060	75,8
7	Potosí	90.154	68.232	75,7	17.041	15.276	89,6	73.113	52.956	72,4
8	Tupiza	21.308	13.996	65,7	1.858	1.896	102,0	19.450	12.100	62,2
9	Pando	3.840	2.284	59,5	924	828	89,6	2.916	1.456	49,9
10	Cochabamba	125.235	69.027	55,1	45.685	43.928	96,2	79.550	25.099	31,6
11	Trinidad	21.430	11.612	54,2	6.953	6.860	98,7	14.477	4.752	32,8

^a Se consideró población urbana a la residente en las sedes de cada Unidad Sanitaria.

^b Se consideró población rural a la residente en el resto del territorio de cada Unidad Sanitaria.

Cuadro 2

**BOLIVIA: COBERTURA ALCANZADA EN LA SEGUNDA MOVILIZACION POPULAR
DE VACUNACION ANTIPOLIOMIELITICA
POR UNIDADES SANITARIAS, 11 DE DICIEMBRE DE 1983**

Unidades Sanitarias	Total			Urbana			Rural		
	Niños menores de 5 años	Nº de niños vacunados	%	Niños menores de 5 años	Nº de niños vacunados	%	Niños menores de 5 años	Nº de niños vacunados	%
Total	839.022	647.775	77,2	331.563	312.248	94,2	507.459	335.507	66,1
La Paz	270.625	183.933	68,0	138.911	126.827	91,3	131.714	57.606	43,4
Chuquisaca	59.326	49.646	83,7	13.099	12.358	94,3	46.227	37.288	80,7
Cochabamba	125.235	104.553	83,5	45.685	44.636	97,7	79.550	59.917	75,3
Santa Cruz	145.834	118.715	81,4	67.341	62.235	92,4	78.493	56.480	72,2
Oruro	54.881	52.674	96,0	26.344	25.474	96,7	28.537	27.200	95,3
Potosí	90.154	72.200	80,1	17.041	16.860	98,9	73.113	55.340	75,7
Tupiza	21.308	14.195	66,6	1.858	2.025	109,0	19.450	12.170	62,6
Tarija	34.018	24.836	73,0	8.894	9.591	107,8	25.124	15.245	60,7
Riberalta	12.371	12.270	99,2	4.512	4.384	97,1	7.858	7.886	100,4
Trinidad	21.430	12.273	57,3	6.953	7.001	100,7	14.477	5.272	36,4
Pando	3.840	2.460	64,1	924	857	92,8	2.916	1.603	55,0

NOTA: Los datos consignados corresponden a la información de acuerdo con el plazo establecido.

Fecha: 10 de enero de 1984.

Cuadro 3

**BOLIVIA: COBERTURA ALCANZADA EN LA TERCERA MOVILIZACION POPULAR
DE VACUNACION ANTIPOLIOMIELITICA
SEGUN UNIDADES SANITARIAS, 12 DE NOVIEMBRE DE 1984**

Unidades Sanitarias	Total			Urbana			Rural		
	Niños menores de 5 años	Nº de niños vacunados	%	Niños menores de 5 años	Nº de niños vacunados	%	Niños menores de 5 años	Nº de niños vacunados	%
Total	839.022	642.244	76,5	331.563	327.868	98,9	507.459	314.376	62,0
La Paz	270.625	195.581	72,3	138.911	142.956	100,0	131.714	52.625	40,0
Chuquisaca	59.326	51.500	86,8	13.099	13.384	100,0	46.227	38.116	82,5
Cochabamba	125.235	85.240	68,1	45.685	42.467	93,0	79.550	42.773	53,8
Santa Cruz	145.834	128.594	88,2	67.341	61.157	90,8	78.493	67.437	85,9
Oruro	54.881	51.639	94,1	26.344	25.656	97,4	28.537	25.983	91,1
Potosí	90.154	62.243	69,0	17.041	17.824	100,0	73.113	44.419	60,8
Tupiza	21.308	14.195	66,6	1.858	2.025	100,0	19.450	12.170	62,6
Tarija	34.018	28.173	82,8	8.894	10.214	100,0	25.124	17.959	71,5
Riberalta	12.371	12.042	97,3	4.513	4.499	99,7	7.858	7.543	96,0
Trinidad	21.430	10.917	50,9	6.953	6.856	98,6	14.477	4.061	28,1
Pando	3.840	2.120	55,2	954	830	89,8	2.916	1.290	44,2

Cuadro 4

VACUNACION ANTISARAMPIONOSA COBERTURA ALCANZADA CON MOVILIZACION POPULAR 8 ABRIL 1984, BOLIVIA

AREA URBANA

Unidades Sanitarias	Niños de 1-5 años	Niños Vacunados	%
Total	266.353	219.557	97,0
La Paz	98.777	90.459	91,6
Chuquisaca	10.741	10.831	100,0
Cochabamba	29.162	26.984	92,5
Santa Cruz	34.600	37.841	100,0
Oruro	20.000	21.264	100,0
Potosí	14.064	13.220	94,0
Tupiza	1.300	1.047	80,5
Tarija	7.171	8.227	100,0
Riberalta	3.814	3.913	100,0
Trinidad	5.753	5.391	93,7
Pando	971	740	76,2

Resultados igualmente halagadores se obtuvieron con la vacunación contra la difteria y tétanos en junio de 1984 (Cuadro N° 5) y contra la fiebre amarilla en la población de los trópicos y los colonizadores (Cuadro N° 6). Vacunamos también la población minera con BCG (Cuadro N° 7).

Todas estas labores contribuyeron a despertar la preocupación por la salud en las diferentes colectividades. Los Comités Populares se reunieron en siete de los nueve departamentos del país en congresos departamentales que agruparon a más de 6.000 delegados de comités locales, que plantearon nuevas actividades en saneamiento ambiental y aseo de las ciudades y reforzaron los programas de prevención y tratamiento oportuno de diarreas infantiles. Se organizaron miles de unidades de rehidratación oral, más conocidas como URO populares, que funcionan en cada pequeño sector de los barrios marginales y en las aldeas más pequeñas independientemente de las URO institucionales en los centros de salud. La incidencia de diarrea grave en los hospitales descendió verticalmente. En el Hospital del Niño de La Paz, en el cual de 1975 a 1983 el promedio de niños hospitalizados era de 436 por año, en 1984 se registraron solamente 235 casos de diarrea con deshidratación.

Cuadro 5

**MOVILIZACION POPULAR CONTRA LA DIFTERIA - TETANOS
RESULTADOS DEFINITIVOS AREA URBANA
SEGUN UNIDADES SANITARIAS
BOLIVIA 4 DE JUNIO DE 1984**

Unidades Sanitarias	Población Programada	Población Vacunada	%
Total	136.734	105.024	76,8
La Paz	55.007	38.072	70,7
Chuquisaca	6.162	4.948	80,3
Cochabamba	18.728	15.115	80,7
Santa Cruz	23.221	20.488	88,2
Oruro	15.777	13.133	83,2
Potosí	6.870	3.983	58,0
Tupiza	1.550	1.235	79,7
Riberalta	2.032	1.509	74,3
Tarija	3.952	3.136	79,4
Trinidad	3.130	2.395	76,5
Pando	305	210	68,9

Dirección Nal. de Epidemiología
Ministerio de Previsión Social y Salud Pública

Cuadro 6

**VACUNACION ANTIAMARILICA COBERTURA ALCANZADA
CON MOVILIZACIONES POPULARES DE SALUD EN BASE
A POBLACION PROGRAMADA SEGUN AREAS ENDEMICAS
POR UNIDADES SANITARIAS**

Unidades Sanitarias	Población Programada	Población Vacunada	%
Total	108.234	92.334	85,3
La Paz	26.944	17.167	63,7
Chuquisaca	17.409	13.044	74,9
Cochabamba	21.027	17.252	82,1
Santa Cruz	16.000	16.493	103,1
Tarija	26.854	28.378	105,7

Cuadro 7

VACUNACION B.C.G. COBERTURA ALCANZADA CON MOVILIZACION POPULAR DE SALUD EN BASE A POBLACION PROGRAMADA 22 DE ENERO 1984

Unidades Sanitarias	Población Programada	Población con Cicatriz	Población A Vacunada	Población Vacunada	%	Total %
Total	175.246	100.159	75.086	43.403	57,7	81,9
La Paz	47.997	28.798	19.199	6.679	34,8	73,9
Potosí	55.714	27.857	27.857	22.627	81,3	90,6
Oruro	38.025	20.153	17.872	7.579	42,4	72,9
Cochabamba	4.436	93	4.343	3.387	78,0	78,4
Tupiza	29.073	23.258	5.815	3.021	52,0	90,4

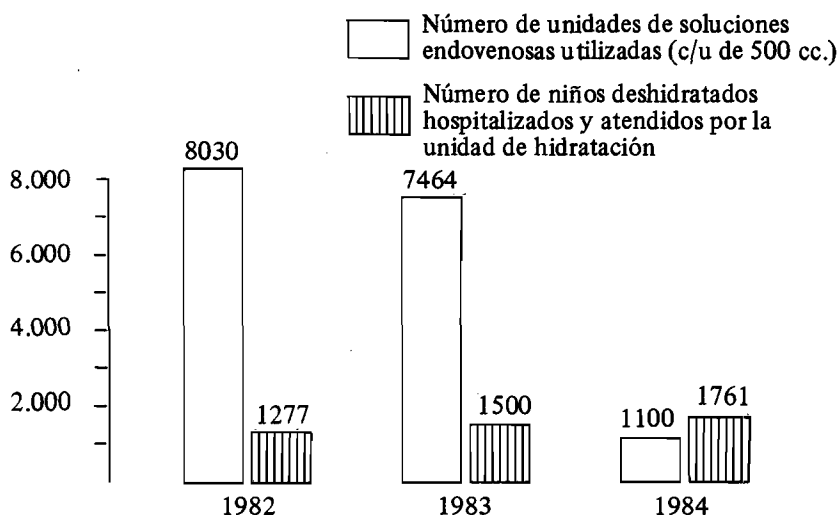
Desde otro punto de vista, en el Hospital Albina Patiño de Cochabamba se instauró, desde enero de 1984, la hidratación oral en pacientes con diarrea grave, y se observó un importante descenso en el consumo de sueros endovenosos con un ahorro del 85,7%, que en términos económicos significó dejar de gastar más o menos 25.000 dólares (Anexo II).

Todos estos logros contribuyeron a un objetivo mayor: estimular la organización popular para luchar activamente por todo lo que signifique mejorar la calidad de vida, incluyendo tareas de lucha contra la especulación y por el abaratamiento del precio de alimentos en período de aguda crisis económica. Nuestros Comités Populares de Salud del Alto de La Paz dieron ejemplo de organización al ser capaces de controlar el contrabando de harina que hacían las panaderías y al descubrir artículos de primera necesidad ocultados por los especuladores.

Personalmente tuvimos que participar con grupos de población que después de ubicar los depósitos donde se ocultaban los alimentos, procedían a su venta inmediata rebajando del precio oficial el 25% que estaba destinado por ley para premiar al denunciante de estas irregularidades. Como los denunciantes eran los Comités Populares de Salud en colectivo, el premio beneficiaba a toda la población a través de la rebaja en el precio de venta.

ANEXO II

IMPACTO DE LA HIDRATACION ORAL EN EL CONSUMO DE SOLUCIONES HIDRATANTES EN EL CENTRO DE PEDIATRIA ALBINA R. DE PATIÑO



NOTA: En 1984, desde el primer día del mes de enero, se instaura definitivamente el sistema de rehidratación oral. Para un término medio de 1.500 niños deshidratados que anualmente se atendían en el hospital, se usaban aproximadamente 7.750 unidades de soluciones hidratantes endovenosas (de 500 cc. cada una).

En 1984, para la misma cantidad de niños deshidratados, gracias a la introducción de la hidratación oral, el consumo de soluciones hidratantes endovenosas descendió a 1.100 unidades que representa un ahorro del 85,7%. El descenso en 85,7% del consumo de soluciones endovenosas hidratantes significa un ahorro de más de 25.000 dólares.

La política de medicamentos¹ ha demostrado las ventajas de la importación directa de productos genéricos cuya calidad se mide por organismos internacionales de acuerdo con su actividad farmacológica y no por el deleznable prestigio de una marca o el pago de una patente.

Racionalizamos además el uso de los medicamentos a lo necesario, evitando el consumismo y la propaganda comercial de artículos que sólo deben servir para que el médico los prescriba a favor del

¹ Ver INASME. Política de Medicamentos. Evaluación de la Experiencia Boliviana 2. La Paz, Bolivia, 1985.

enfermo. Pretendimos ubicar al farmacéutico del lado de la defensa del enfermo y no sólo del interés comercial de un vendedor. El Plan Integrado de Atención en Areas de Salud contó con médicos jóvenes que popularmente fueron conocidos como médicos del PIAAS.

El médico del PIAAS, después de egresar de la Universidad, recibió un curso especial de contenidos sociales y técnicos que alentaron su solidaridad y el desarrollo de prácticas adecuadas al medio donde iba a trabajar. Con su valioso concurso, iniciamos un ambicioso plan de atención primaria que paulatinamente se extendió por las áreas rurales del país y en los barrios marginales. La atención del PIAAS es gratuita, y logramos también incorporar en varios hospitales la atención gratuita del parto como anticipo del proceso para garantizar el acceso universal a todos los servicios de atención médica. Junto con los médicos del PIAAS trabajan los Comités Populares de Salud que no están al servicio institucional, sino que, como parte de sus actividades sindicales o de juntas de vecinos o de clubes de madres, discuten y definen políticas específicas para sus propias necesidades. También sus dirigentes hicieron cursos sobre las nuevas concepciones de salud y enfermedad para esclarecer su conciencia en favor de la defensa de la calidad de su propia vida, practicando de esta manera una participación, con conocimiento, en la gestión de salud. Hasta abril de 1985 más de 18.000 dirigentes obreros y campesinos habían recibido cursos para convertirse en Responsables Populares de Salud (RPS). Estos Comités Populares de Salud administran los Centros Infantiles de Leche (CIL) y los Centros Infantiles Populares (CIP) como medios eficaces de dar alimentación complementaria con un vaso de leche en los CIL y alimentación completa y estimulación temprana en los CIP*.

La defensa de la salud así entendida y practicada ha demostrado ser un factor importante en el proceso de integración de la nación boliviana, factor decisivo para la lucha de reivindicación y desarrollo que propugnó el gobierno para enfrentar unidos y vencer la crisis económica, social y política que heredamos. La poderosa energía popular, ahora todavía dispersa junto a un Estado que debe transformarse institucionalmente bajo una precisa definición política al servicio de la Nación, puede vencer no sólo las enfermedades, sino todas las limitantes del progreso y alcanzar la liberación nacional.

* Ver mayor detalle en el último capítulo de este volumen. Salud para Todos, con Todos.

LA ATENCION PRIMARIA
DE SALUD Y
LA REIVINDICACION SOCIAL

1. POLITICA Y ESTRATEGIAS DE LA SALUD PUBLICA

Algunos han querido ver en nuestra política un rechazo a la técnica en favor de la improvisación popular. Debemos reconocer que, urgidos por la velocidad de los acontecimientos que se generaban en el proceso que nos tocó vivir, muchas veces los hechos precedieron a los planes, pero tal situación no es la deseable. La técnica de planificación es un instrumento inapreciable para ahorrar recursos y para que las actividades se complementen sucesiva y ordenadamente con el más alto grado de eficiencia en consecución de los objetivos que se buscan. La crítica que podríamos plantear a los tecnócratas —no a los buenos técnicos— es que se dejan seducir por el detalle en el manejo de estrategias cuyo dominio les parece el sumum de la ciencia de la planificación: olvidan o eluden deliberadamente la necesidad mayor de definir políticas, como si la definición de éstas correspondiera a otros, a “las políticas del gobierno”, como suelen decir para aislar su técnica como ciencia imparcial que está por encima del bien y del mal.

Podríamos utilizar un símil para mostrar cómo esta manera de ver rebaja la calidad de la propia técnica. Frente a una persona deforme, el médico asume primero la responsabilidad de corregir la alteración, de curar, después de buscar mecanismos de adaptación; un sastre se limitaría a vestirlo del modo más adecuado. La técnica de la

salud pública que elude el compromiso de definir políticas está renunciando a su condición de médico para asumir la de sastre. En este sentido es que insistimos en que la definición de políticas es lo prioritario, sin olvidar las ventajas de la técnica.

Por último, más que la estrategia aprendida escolarmente, importa en la planificación y administración de los servicios de salud el dominio del método para interpretar la realidad y plantear soluciones que, con real modestia deben presentarse como sugerencias y no imponerse. Los menos útiles son los moldes prefabricados y lo que realmente sirve es ser parte solidaria de la lucha reivindicatoria y dominar el método científico para aplicarlo a cada realidad concreta, considerada integralmente.

2. LA PARTICIPACION POPULAR

La nueva concepción del proceso salud-enfermedad, como inmerso en el proceso económico y social¹, nos llevó al reconocimiento de que en los países dependientes con reivindicaciones sociales no satisfechas, la lucha por la salud no puede estar ajena al conflicto social. Si se aísla, termina en un elitismo desarraigado de su medio y, lo que es peor, se anula con una neutralidad estéril.

Cuanto más pobreza y explotación humana se juntan en un país, más aguda es la lucha por su liberación. En esas condiciones, resulta antinatural plantear políticas académicas de salud al margen de la lucha social, más aún cuando esta lucha es protagonizada por amplias mayorías nacionales que se juntan en una alianza de clases donde trabajadores, campesinos y clase media empobrecida luchan por liberarse de intereses extranjeros. Con este criterio es que en vez de buscar la llamada "participación de la comunidad" en programas proyectados y definidos por los técnicos, decidimos que más bien el Ministerio de Salud participara con las organizaciones populares en la lucha por la conquista de todos sus derechos, priorizando a la salud, como expresión del derecho de gozar de una mejor calidad de vida y no sólo de prevenir o curar la enfermedad.

Para esto se requiere tener fe en el pueblo, la misma fe que el Dr. Mahler, Director General de la OMS, reclama, cuando al referirse a la fe en el desarrollo dice: "Y los habitantes de los países en desa-

¹ Descrita con mayor precisión en el artículo "Defensa de la salud y atención de la enfermedad: tecnología iatrogénica", al comienzo de este libro.

rollo no están intrínsecamente incapacitados, simplemente les falta oportunidad de realizar todo su potencial material, intelectual y espiritual, de manera que sea aceptable para ellos, y de enriquecer así el mundo” y que luego agregue: “...que el ingenio y la creatividad de la gente son la clave de su propio progreso y del progreso mundial”².

Movilización popular y participación popular no son conceptos semejantes. Con movilización popular significamos algo que difiere cualitativamente de la dócil participación de la gente sencilla en programas diseñados paternalísticamente en su beneficio; pretendemos, y en Bolivia así se ha iniciado, que sea el ingenio y la creatividad de la gente quien protagonice la lucha en defensa de su salud, correspondiendo más bien al equipo técnico ser quien participe en ésa y en todas las otras luchas de reivindicación social y económica, ya que la defensa de los derechos humanos no puede limitarse a parcialidades truncas.

Mientras la participación popular implícitamente significa colaboración con la jerarquía superior, y, por consiguiente, sumisión al sistema social del cual parte esa jerarquía y aceptación del privilegio y de las injusticias sociales, la movilización popular la interpretamos como la natural activación de la energía popular en defensa de sus propios intereses.

La lucha por la defensa de la salud genera tal energía que es capaz de las más grandes transformaciones creadoras y productivas al servicio de toda la nación. En este sentido es nexo de la unidad nacional y medio de esclarecer la conciencia de los sectores más depauperados, en favor de la legitimación de todos sus derechos y su reivindicación social.

Por eso es que la lucha por la salud rebasa los esquemas establecidos en el marco profesional, no liberado, del “modelo médico”, y choca con el profesionalismo, engreído e indigestado de conocimientos librescos que lo convierten en élite inoperante.

Si bien nosotros en Bolivia hemos defendido nuestra política de salud como parte del nacionalismo revolucionario de izquierda, en función de nuestra realidad concreta, una política de salud basada en la participación popular puede plantearse en diferentes realidades. La conciencia de la importancia de la salud es tan universal que está por encima de esquematismos estrechos y de rigideces partidarias. Si todo sectarismo es negativo, más lo sería confinar una política de salud

² Mahler, Halfdan. Fe en el Desarrollo. Crónica de la OMS, 39 (3), 1985, pp.95-100.

como la que proponemos sólo a un determinado y específico esquema político.

La corta experiencia internacional después de haber dejado nuestro país nos confirma en la tesis de que, particularmente en las jóvenes democracias latinoamericanas que tienen una expresión plural, las políticas de salud participativas pueden integrarse en diferentes regímenes democráticos.

En cuanto a la movilización popular conviene despejar otro error frecuente. A los técnicos les gusta estudiar y preconizar estrategias depuradas para lograr la participación popular como quien quisiera enseñar a comer a los hambrientos.

La participación llamada comunitaria* y como efecto logrado por cualquier estrategia, técnica o sistema publicitario, deja de corresponder a la natural lucha social de los sectores populares para convertirse en un recurso de la manipulación que, como tal, pierde su fuerza y energía innovadoras. Los técnicos que pretenden lograr la participación popular con estrategias estudiadas confunden a las colectividades con títeres, y a veces logran algunos titiriteros. La verdad es que el técnico debe participar con el pueblo y no el pueblo con el técnico, porque es la técnica la que está al servicio del hombre y no al revés.

Confusiones semejantes se dan incluso en la interpretación de experiencias particulares, como ocurre con la gran difusión que han tenido planteamientos serios que han sido reducidos a copias triviales desprovistas de su vitalidad original. Aunque no están en el mismo plano, las mismas deformaciones que han sufrido los planteamientos de Alma-Ata por su mala interpretación pueden observarse en los absurdos remedos que se quieren aplicar de determinadas políticas difundidas en todo el mundo en razón de los éxitos nacionales que lograron.

La mecánica tecnológica ha pretendido, naturalmente sin resultado, aplicar a realidades diametralmente opuestas el mensaje de Aruba o la experiencia de los médicos descalzos.

Sin relación alguna con el maoísmo, debemos reconocer en el caso de los médicos descalzos que éstos surgen de abajo arriba; las propias

* Ver Breith, Jaime. "La Medicina Comunitaria ¿Una Nueva Policía Médica? Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, México, UNAM, FCPS, vol. 22 N° 84, abril-junio 1976, pp. 57-82.

comunas chinas, al encontrar en un miembro de su organización destrezas y habilidades especiales, lo eligen para atender enfermedades banales, luego le facilitan una capacitación específica y la oportunidad de aprender una profesión hasta los niveles más elevados en un proceso continuamente ascendente que no se puede confundir con el curandero descalzo, mano de obra barata, capacitado en pocos días para atender la salud de la gente pobre que no alcanza a tener acceso a la atención del médico de las ciudades. Es el peligro de tomar fotografías por realidades, ignorando el movimiento de los hechos y la interacción recíproca de condicionantes sociales particulares y soluciones que nacen de esas particularidades.

3. EL DERECHO A LA SALUD Y LA COGESTION

Ningún sistema social niega este derecho fundamental del hombre, pero en la práctica, las colectividades más depauperadas no gozan de los beneficios de los seguros sociales, sufren todas las hostilidades que afectan a su salud, y no tienen acceso a los servicios, fundamentalmente por razones económicas. La atención médica les llega mal o no les llega. En estas condiciones es explicable que no tengan clara conciencia de su derecho a la salud, si bien luchan por ella en todas sus reclamaciones sociales. Cuando la conciencia de este derecho no resulta protagónica, se dificulta incluso la participación en actividades de defensa de la salud sinceramente promovidas con la mejor voluntad por los servicios médicos.

Es indispensable entonces que la colectividad asuma, a través de hechos concretos, la vigencia de este derecho, que no puede predicarse sólo en teoría. Se necesita poner los servicios a su alcance y darle oportunidad de plantear sus necesidades a través de una participación cogestionaria, que no puede reducirse tan sólo a realizar labores, sino que debe incluir las decisiones.

Es importante que la colectividad, por intermedio de sus propias organizaciones, conciba la salud como expresión de una mejor calidad de vida y no sólo como ausencia de enfermedad; simultáneamente, debe educarse en las ventajas de la organización democrática donde todos participen para encontrar las soluciones más adecuadas. Pero además, una vez discutidas y aprobadas las tácticas establecidas, deben acatarse por todos disciplinadamente, igual que una ley.

En Bolivia, con una enorme proporción de población marginada de los servicios, lo más difícil fue estudiar las soluciones no sólo desde el punto de vista de su necesidad sino también de su factibilidad,

para que el planteamiento de las reivindicaciones se acompañara del cómo, cuándo y con qué resolver responsablemente los problemas. Podemos adelantar que cuando se trabaja “con” y no sólo “para” la colectividad, este aspecto es menos grave, pero surge allí donde la cohesión no es total. Retener parcelas de decisión exclusivamente a cargo de la autoridad no democratizada puede dar lugar a que las demandas crezcan más allá de las posibilidades de atenderla y se generen conflictos.

Probablemente nuestra prédica fue correcta; con bastante sinceridad demostrábamos la falencia económica del país y sostuvimos desde un comienzo que **La salud es un hecho social, que, como tal, no se vende ni se regala: se conquista con la movilización popular organizada.*** No sólo utilizamos esta expresión como lema; trabajábamos juntos por conquistar el derecho a la salud y las colectividades repetían otras consignas: **Salud para todos con todos – Juntos organizados y movilizad**os. Funcionarios e intelectuales considerados conservadores no tardaron en incorporarse activamente al esfuerzo colectivo.

El gran salto adelante de este movimiento lo constituyó el médico del PIAAS, el médico joven identificado con su pueblo. Después de ampliar su formación biológica con contenidos económico-sociales en un curso de no más de un mes de duración, este médico asumió la responsabilidad de la formulación y ejecución del Programa Integral de Atención de Areas de Salud. A nivel local fue el sólido vínculo entre los Comités Populares de Salud de su localidad y la institución, un médico diferente al del modelo clásico, que usa chamarra y jeans en vez de delantal y no le gusta presentarse ni como médico pediatra ni obstetra, sino como médico del PIAAS con el orgullo del que, utilizando los términos de Gramsci, podría ser llamado el intelectual orgánico de los Comités Populares de Salud. El se encarga de demostrar que, junto al derecho a la salud, existe la efectiva posibilidad de conquistarla.

4. COMUNICACION SOCIAL

Las técnicas de la comunicación son del dominio de los comunicadores, pero los conceptos y contenidos del mensaje deben ser definidos

* Torres-Goitia, Javier. Las Nuevas Políticas de Salud y sus Alcances. Revista de la Escuela Nacional de Salud Pública. Año 1 N° 1. La Paz, Bolivia, 1985.

conjuntamente con la política de salud. Un frecuente error de la práctica médica es manejar un criterio estrechamente biologicista, y sólo al calor del conocimiento de innovadoras experiencias o por la simple memorización de las conclusiones de Alma-Ata, tratar de lograr la participación popular en programas tan significativamente alejados de los intereses populares que buscan en vano ser aceptados a través de costosas campañas publicitarias.

Creemos necesario diferenciar claramente lo que es comunicación social al servicio de la salud, como puede ser de la educación o de la producción agrícola, de lo que es campaña publicitaria para imponer un consumo o crear un hábito, así sea de una bebida refrescante o de un perfume. Es más, la mayoría de las campañas publicitarias tienen una clientela particular en las clases medias arribistas que, particularmente en los países más atrasados, buscan el consumo novedoso para distinguirse de la "plebe".

Más que propaganda debe buscarse la difusión del conocimiento y la captación de las necesidades en un flujo de doble vía. La difusión del conocimiento debe hacerse integralmente. El conocimiento particular de la biología de una enfermedad, sin la información global de su causalidad social, puede no ser de interés general. Debe buscarse una toma de conciencia acerca de todas las limitaciones que afectan la salud y de las posibilidades de avanzar en su defensa, de acuerdo con la sociedad en que se viva. Si se identifica la salud como una conquista para reforzar la lucha por otras y no como simple estrategia de un centro de salud para incrementar su cobertura, la lucha por la salud acaba por reunir en un esfuerzo productivo toda la energía que acumulan las clases desposeídas, más cuanto menos tienen, para poder emplearla como una noble palanca de transformación social.

El divorcio de las organizaciones populares de las instituciones de salud, con el aislamiento de éstas y la dificultad que encuentran para lograr la participación popular, se debe a que manejan concepciones diferentes. No es que la participación popular no se dé por apatía de las masas, por inercia o por ignorancia. La causa real del divorcio es que las instituciones de salud están orientadas todavía por lo que se conoce como el "modelo médico", se alejan de las organizaciones populares o pretenden desviarlas hacia su propio modelo individualista, biologicista y tecnocrático, con actividades que, si bien buscan combatir la enfermedad, por los recursos que emplean y la forma parcial de abordar el problema social aparecen como elitistas y a contrapelo de las necesidades populares más sentidas. Bien decía un colega refiriéndose a indígenas de cultura milenaria, no en el caso de Bolivia, que en su país, los campesinos se movilizan, y muy activamente, pero para

no acudir al consultorio o **no** recibir vacunas. Tales situaciones más que resultado de una mala comunicación social, son el fruto de malas orientaciones políticas.

Los que piensan que la participación popular es pequeña por apatía o por inercia deberían apreciar la forma cómo esas mismas muchedumbres que no llevan a sus hijos al puesto de salud para vacunarlos o para un control de crecimiento, son capaces de dejarse matar por conseguir un pan para esos hijos; al sólo vislumbrar una posibilidad de lograr una vivienda, se trasladan kilómetros a pie, cargando sus pequeños enseres y con los hijos a la espalda, para invadir terrenos y armar carpas que se esparcen como hongos en las grandes urbes. Se instalan así en precarias viviendas que no cuentan con luz, ni agua ni alcantarilla, resueltas a suplir tales deficiencias duplicando o triplicando su esfuerzo para sobrevivir. La fuerza vital de los que menos tienen es mayor que la de las clases privilegiadas incapaces de sacrificar un mínimo de sus comodidades para contribuir al establecimiento de una sociedad más justa que garantice a ellos y a sus hijos vivir en un clima de paz, sin el riesgo de atentados, de secuestros, de crímenes que crecen a diario en todas las ciudades y que la policía no alcanza a controlar, o peor aún, a veces se suma a los delincuentes porque también tienen necesidades que no pueden satisfacer.

Los sectores desposeídos indudablemente tienen menos desarrollo físico; la desnutrición precoz termina no sólo con sus reservas calóricas, sino que les roba centímetros de talla, les hace perder la armonía de sus formas corporales, e incrementa la patología y sus secuelas; la falta de estimulación senso-afectivo-cultural distorsiona su desarrollo nervioso y su actividad psicomotora. Pero el hambre y las necesidades materiales y espirituales son tan poderosos estímulos que se explican las gigantescas movilizaciones de rebeldía que se han producido desde los esclavos en Roma, hasta los levantamientos indígenas de nuestra temprana historia, y la rebelión popular que presenciamos a diario y que crece cada día en todo el mundo y choca cada vez más fuertemente con los sectores privilegiados.

La comunicación social que a través de su flujo de doble vía es capaz por un lado de transmitir mensajes y simultáneamente por otro lado recoger no sólo las necesidades de atención médica, sino todos los requerimientos sociales, puede contribuir a que la defensa de la salud se constituya en fuente de solidaridad social y llegue a ser puente de entendimiento, aun entre sectores diferentes si contribuye a que la defensa de la salud se haga no sólo "para" estas mayorías sino "con" ellas en función de sus legítimos intereses y en el sentido global de buscar mejorar la calidad de vida.

La comunicación social debe orientar también a los médicos sobre otros componentes ajenos a su quehacer diario, pero que influyen fuertemente sobre la salud, y debe guiar a planificadores y programadores. Nos referimos a las relaciones económicas entre el mundo industrializado y el subdesarrollo y a otros aspectos de política económica necesarios de conocer. Ultimamente el UNICEF ha editado un estudio sobre **Efectos de la recesión mundial sobre la infancia**³; los dramáticos datos que publica deberían ser fuente de consulta y motivo de preocupación para los salubristas y no sólo para los economistas.

5. INVESTIGACION ANTROPOLOGICA Y TECNOLOGIA APROPIADA

Este es tema que merece un tratamiento profundo. Simplemente como anticipo podemos decir que una de las barreras que posterga o impide la realización de importantes actividades médicas, es el mito de las diferencias culturales, de etnias distintas o particularidades antropológicas de nuestras poblaciones indígenas. Sería absurdo ignorar que cada sociedad tiene manifestaciones culturales y particularidades propias, pero no tiene sentido plantear que para solucionar necesidades vitales como la higiene, la alimentación, la prevención de enfermedades, etc., se tenga que gastar dinero y tiempo para estudiarlas como a seres extranaturales y en aspectos pueriles, soslayando su condición de poblaciones explotadas y marginadas por una sociedad que cerca su progreso.

Igual actitud habría que tener en relación con el empleo de tecnologías apropiadas. Un planteamiento justificado que se hizo para liberar al hombre de tecnologías costosas, ajenas a sus necesidades y generadoras de dependencia, se ha convertido, en la mente de los antropólogos funcionalistas, en recurso para condenar a los pobres a no salir de su pobreza. Por respeto a su cultura y al empleo de tecnologías propias, los campesinos del Altiplano deberían seguir usando la picota o el arado egipcio, sin aspirar al uso del tractor, y utilizando la llama en lugar del camión.

Cuando se habla de tecnologías apropiadas hay que cuidarse de evitar exageraciones, que a nombre de la no dependencia, de la soberanía, del valor de la cultura propia, pretenden poco menos que dise-

³ Estudio especial del UNICEF compilado por Richard Jolly y Andrea Cornia, Siglo XXI de España Editores, Madrid, 1984.

car las sociedades primitivas para entretenimiento de turistas y satisfacción del espíritu investigador de los funcionalistas.

La disyuntiva no debe plantearse entre la capacidad creadora del hombre y la técnica desarrollada, sino entre libertad y dependencia, sabiendo que la técnica es un valioso instrumento cuando se la utiliza al servicio de las aspiraciones humanas. En el mundo médico el empleo de una jeringa descartable es más urgente en los servicios rurales que en el hospital de ciudad donde puede reemplazarse fácilmente por la jeringa de vidrio. Al hablar de tecnología apropiada debe entenderse la técnica cabal para cada caso en el espacio y en el tiempo concreto, reconociendo que tanto espacio como tiempo avanzan y están sujetos a las leyes del movimiento. No hay espacios rígidos ni tiempos estancados.

Si por no ser paternalistas las colectividades primitivas han de quedar como piezas de museo, es preferible serlo para abrir los ojos dormidos y enseñarles que la ciencia, la técnica y el conocimiento en general pueden servir también a ellos como a todos.

La experiencia boliviana puede servir para varias otras puntualizaciones, pero preferimos dejar su estudio para una investigación más completa y meditada que deberá hacerse a fin de contribuir más responsablemente a la dilucidación de aspectos que irán cobrando mayor actualidad a medida que avancen los servicios de atención primaria y se pongan en marcha los planes de supervivencia infantil; en la medida también en que el progreso social nos haga cada vez más humanos y con mayor capacidad de comprensión de la magnitud de los problemas.

SALUD PARA TODOS CON TODOS.

Informe del equipo de trabajo del Ministerio de
Previsión Social y Salud Pública de Bolivia. 1982-1985

I. MARCO SOCIO - ECONOMICO E INSTITUCIONAL DE LA SITUACION DE SALUD HEREDADA

1. Marco socio-económico

La situación de salud en el país a 1982, corresponde a la característica de país capitalista, atrasado y dependiente, con desarrollo desigual y contradictorio de sus estructuras, que determinan la subsistencia de formas precapitalistas en su formación social.

La dependencia se expresa en una incorrecta movilización y utilización de las fuerzas productivas, cuya explotación sirvió de beneficio para el desarrollo de economías extranacionales y actuó en desmedro de la acumulación interna.

Estos rasgos configuran diferentes perfiles de factores patógenos que expresan tanto la disparidad urbano-rural, cuanto el desequilibrio inter-regional que afecta, en lo fundamental, a las clases y grupos sociales que constituyen la base del proceso productivo.

Bolivia atraviesa por una de las mayores crisis de su historia, producto de la cual, la desnutrición y la enfermedad emergen como un fenómeno de masas. Esta crisis heredada es el resultado de modelos

económicos implantados a partir de la ruptura del estado de derecho y la irrupción de dictaduras militares que agudizaron la situación, principalmente en el período de 1971-1978, como consecuencia de las políticas retrógradas que interrumpieron el proceso revolucionario iniciado en abril de 1952, proceso que después de alcanzar importantes logros como la nacionalización de las minas, la reforma agraria y el voto universal, se frustró postergando lamentablemente las aspiraciones populares.

Desde 1971, pese a la coyuntura favorable en los precios internacionales de los principales productos de exportación, se agudizó la tendencia estructural a la exportación del excedente económico; paralelamente se usó indiscriminadamente un crédito externo sin precedentes, mediante el cual la deuda externa pública pasó de "500 millones de dólares en 1971 a más de 3.100 millones en 1978, de los cuales más del 30% provino de la Banca Transnacional con plazos menores de cinco años y tasas de interés flotantes por encima del 9% anual"¹.

Estos factores, lejos de favorecer un proceso de acumulación y fortalecimiento del aparato productivo, generaron un crecimiento desorbitado de las actividades especulativas del sector de comercio y finanzas, que en una década substrajo de la Nación más de "1.000 millones de dólares"².

Internamente, el modelo se expresó en una inadecuada e injusta distribución del ingreso, donde un escaso 5% de la población concentra más del 50% del ingreso nacional³ en detrimento de las grandes mayorías nacionales.

A este cuadro se añade el impacto de desastres naturales (sequía e inundaciones) que en el año 1983 afectaron el 35% del territorio nacional, con una pérdida aproximada de 1.652 millones de dólares, con las consecuencias desfavorables en el nivel de vida y en el incremento de riesgos en la población rural.

En este marco se inscribe el perfil de factores patógenos que explican el proceso de salud-enfermedad, resultante de las determinantes socio-económicas de los modelos de desarrollo impuestos por la dictadura.

¹ Plan Nacional de Rehabilitación y Desarrollo, 1984-1987, Ministerio de Planificación y Coordinación. La Paz, septiembre 1984.

² Plan Nacional de Rehabilitación y Desarrollo, 1984-1987, Ministerio de Planificación y Coordinación. La Paz, septiembre 1984.

³ Julio Mantilla, La Situación de salud en Bolivia, Revista de Salud Pública Nº 42. La Paz, diciembre 1984.

2. Situación de salud

La primera manifestación de los determinantes socio-económicos se refleja en los niveles nutricionales, que considerados diferencialmente por grupos sociales, muestran que los campesinos pobres (que constituyen aproximadamente el 65% de la población) consumen menos del “61,3% de los requerimientos calóricos normales”⁴; los desocupados y subempleados, en el umbral de infrasubsistencia, logran menos del 50%; la clase obrera urbana y minera alcanza apenas el 85%⁵.

Esta pirámide del hambre se acentúa con características de angustia en la población menor de 6 años, en la cual aproximadamente “650.000 niños se encuentran en algún grado de desnutrición”; de la misma manera “alrededor del 70% de las mujeres embarazadas padecen de anemia”⁶.

Esta situación, sumada al deterioro del medio ambiente y la precariedad de la vivienda, determina altos índices de morbi-mortalidad con evidente deterioro del nivel de salud en la década de los 70 en relación al decenio de los 60. Así, la esperanza de vida en Bolivia apenas llega a los 48 años, la más baja comparativamente con países de igual desarrollo.

La tasa de mortalidad general alcanza a 17 por mil; la mitad de las defunciones corresponde a menores de 15 años. La tasa de Mortalidad Infantil se torna dramática; de una tasa estimada en 1972 “de 150 por 1.000 nacidos vivos, en 1976 pasa a 175 por mil, hasta empeorar en 1982 llegando a una tasa estimada de 200 por mil”⁷.

Las llamadas “enfermedades de la pobreza” (Diarrea, Influenza, Neumonías, Sarampión y Desnutrición) constituyen las causas de mayor incidencia en la mortalidad señalada⁸.

4 Julio Mantilla, Análisis de la Situación Nutricional G.T.N.A.N. Ministerio de Planeamiento.

5 Julio Mantilla, Análisis de la Situación Nutricional G.T.N.A.N. Ministerio de Planeamiento. La Paz 1978.

6 Diagnóstico Nutricional, División de Nutrición, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. La Paz, 1978.

7 “Bases para las Políticas de Salud”, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, La Paz 1983.

8 Mortalidad en los tres primeros años de vida, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.

En morbilidad, las “enfermedades de la pobreza” que tienen mayor impacto y mantienen la situación sin modificación desde el decenio anterior, son las enfermedades diarreicas, las enfermedades respiratorias agudas y las enfermedades transmisibles.

La tuberculosis, otra enfermedad vinculada al proceso de sobre-explotación de la fuerza de trabajo, registra más de 12.000 casos anuales y demuestra un incremento sostenido en la morbimortalidad. Así, de 1970 a 1980 murieron 3.398 mineros con Silico-Tuberculosis. “En 1982, casi el 30% de 4.924 rentistas por enfermedad profesional sufrían de incapacidad total y permanente”⁹ alarmante indicador del desarrollo dependiente.

3. Situación institucional

En el documento “Bases para la Política de Salud del Gobierno Democrático y Popular” que se redactó a tiempo de asumir funciones en el primer semestre de 1983, se caracterizó la situación heredada con términos que reproducimos textualmente:

“Situación Institucional del Sector Salud”

Coherente con este panorama que relatamos al referirnos a la situación sanitaria tenemos una situación institucional mala que podríamos caracterizar como desarticulada, insuficiente, de baja cobertura y bajo rendimiento orientada esencialmente por un criterio biologicista de la salud, sin jerarquizar la causalidad de los principales daños que la afectan ni desarrollar acciones integrales en defensa de la salud colectiva.

Analizaremos cada uno de estos conceptos:

Es desarticulada porque, pese a que el Ministerio es de Previsión Social y Salud Pública, ambos sectores han vivido divorciados entre sí, y más aún, dentro de sí.

La Seguridad Social se encuentra dividida en múltiples cajas. De 1.400.000 beneficiarios, el 73% corresponde a la Caja Nacional, el 8,8% a Comibol, el 6% a la de Choferes, el 3,6% a Ferroviarios y el 3,7% a la Caja Petrolera. El resto a las cajas de Bancarios, Servicio Nacional de Caminos, Universidad Mayor de San Andrés, de Oruro, etc.

⁹ Seminario de Seguridad Industrial, Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral, Cochabamba 1983.

Cada una es una realidad diferente, tanto en el costo de los servicios como en el tipo de característica de los mismos.

Dentro de la Salud Pública, los programas y las Unidades Sanitarias, se comportan casi como cuerpos extraños condicionando una falta total de coherencia programática y de economía de los escasos recursos existentes.

A esta realidad se debe agregar el accionar de cientos de organizaciones no gubernamentales nacionales y extranjeras, que desarrollan proyectos grandes y chicos, en general poco coordinados a la política y planes casi inexistentes del Ministerio.

Ello condiciona la pérdida de la eficacia de la cooperación externa de carácter internacional o bilateral de países amigos.

Es insuficiente, pues la infraestructura es baja, no llega a disponer de 2 camas por 1.000 habitantes, distribuidas en forma muy despareja entre 1,2% en Salud Pública y 3,5% en Seguridad Social. Pero lo más marcado de la insuficiencia está determinado en recursos humanos, particularmente en enfermería, tanto profesional como auxiliar, y en recursos financieros que en los últimos años han sufrido una sistemática reducción.

Las sucesivas devaluaciones y el proceso inflacionario desencadenado por la irresponsable política económica de los gobiernos militares, dificulta la visualización de esta afirmación. Sin embargo podemos afirmar que de 4 US\$ per cápita en 1975, se pasó a 1.50 US\$ en 1982 para Salud Pública.

La Seguridad Social ha manejado cifras económicas superiores entre 3 a 6 veces con una población usuaria de apenas el 2,5% de la población.

A pesar de eso los resultados no son satisfactorios, pues sus costos son muy altos y sus servicios casi exclusivamente curativos.

El presupuesto de 1983 de Salud Pública apenas se aproxima al de 1975 y sigue resultando insuficiente para el sector.

Es de baja cobertura, pues el grueso de la población del país tiene baja accesibilidad a los servicios, y por otra parte la oferta de los mismos es baja.

Si descontamos la población usuaria de los seguros, que tiene tasas de más de 3 consultas por usuario año, el 70% de los bolivianos recibe menos de 0.2 consultas por año.

En materia de egresos, ni Salud Pública con 2% de egresos, ni la Seguridad Social con 6%, se aproximan a la meta de 10% de egresos que proponía para la década del 60-70 el Plan Decenal de las Américas.

La cobertura de inmunizaciones de la población susceptible no llega al 20%, lo que significa que no hay el impacto esperado de este eficaz instrumento técnico, que es de utilidad cuando abarca por lo menos a un 80% de la población susceptible.

Por otra parte todo el sector está orientado, y en igual sentido las múltiples agencias y proyectos que existen en el país, a encarar prioritariamente los problemas de enfermedad a demanda de las personas.

No es casual que ni Salud Pública con los escasos recursos ni la Seguridad Social con mayores, logren impacto sanitario evidente en Bolivia. Se habla mucho de daños y de riesgo y nos encontramos en que año a año se repiten uno y otro programa, se acumulan datos de insuficiente rendimiento de los recursos existentes, 1.5 consultas por hora médico en Salud Pública, 2.5 en la Seguridad Social, Hospitales con 30%, 40% ó 60% de ocupación y no se reacciona audazmente.

Ni los técnicos, ni los políticos, ni los gobernantes pueden aceptar que esta situación siga.

A estas observaciones iniciales, se añadieron posteriormente otras que se resumen en los siguientes puntos:

- Excesivas Unidades técnico-administrativas en el nivel central, con escasa articulación y con funciones dirigidas a programas específicos sin nexos de relación entre sí.
- Muchos de estos programas, con recursos administrados independientemente de la Administración Central del Ministerio, con fuentes de financiamiento captadas unilateralmente.
- Las funciones del Nivel Central han tenido todas las características de un poder absorbente, monopolizador, desconocedor de las iniciativas y potencialidades de pensar y actuar de las regiones y localidades del país.
- Las funciones han estado revestidas de un contenido tecnocrático, subordinadas a rígidos moldes de organización paternalista.
- La situación del sistema de servicios de salud del país, considerando solamente el Ministerio y la Seguridad Social, muestra super-

posición de órganos, duplicidad de funciones, dispersión del uso de los recursos, una especie de competencia de hacer lo mismo en una sola localidad por diferentes instituciones del sector público; en síntesis, una atomización sustentada en la irracionalidad.

- El sistema de servicios de salud en la situación encontrada, no incorporaba la participación popular, actuando en consecuencia con un sentido paternalista y haciendo abstracción del componente más importante dentro del sistema: las Organizaciones Sociales.
- En el Nivel Regional, las Unidades Sanitarias que son las encargadas de entregar servicios a la población, se constituían en elementos pasivos de ejecución de actividades en cuya planificación no habían participado, lo cual limitaba sus posibilidades de ejercer funciones críticas en la ejecución operativa.

II. LINEAMIENTOS QUE ORIENTARON LA POLITICA DE SALUD DEL GOBIERNO DEMOCRATICO Y POPULAR

1. Plan de acción inicial

Partiendo del concepto integral del proceso salud-enfermedad y de su condicionamiento socio-económico, al comenzar la gestión formulamos un plan de acción inicial en 1983, que lo transcribimos textualmente y que fue complementado posteriormente con líneas de acción prioritaria.

El Gobierno Democrático y Popular de Bolivia, asume la enorme responsabilidad de transformar la realidad social y económica del país.

Esta gigantesca tarea supone superar años de subdesarrollo y manejo corrupto de los bienes del Estado, corrupción que sumada a ineficiencia ha repercutido en la pérdida de eficacia de la múltiple ayuda que ha recibido Bolivia de las Agencias Internacionales o de programas bilaterales de países amigos.

El Gobierno se propone, ante la gravedad de la situación social y económica del país, concentrar esfuerzos en aquellos problemas que sin distinción están identificados como de mayor impacto de la situación de nuestro pueblo.

De igual forma se trata que la generosa cooperación internacional se oriente de acuerdo a la especificidad y políticas generales de las

distintas agencias para apoyar eficientemente a los programas nacionales que se elaboren en el país.

El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública tiene como directriz política el aumentar el nivel de salud de la población, disminuyendo el riesgo de enfermar y morir, contribuyendo a mejorar las condiciones y el nivel de vida, a través de la coordinación intra e intersectorial, integrándose con la acción popular organizada.

En función de ellos se ha establecido dentro de las prioridades fundamentales el desarrollar programas de acción rápida sobre el binomio madre-niño, el trabajador y el saneamiento del medio, profundizando la cobertura institucional a través de un programa de operacionalización de la regionalización de servicios.

El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia ha aprobado la estrategia mundial de salud para todos en el año 2000 y los acuerdos sobre Atención Primaria de Salud, que a través de las últimas Asambleas Mundiales efectuadas por la OMS, se integran a la estrategia internacional de desarrollo, para contribuir así a un nuevo orden económico internacional y el mantenimiento y promoción de la paz como principales factores de protección a la vida y salud de los pueblos.

En el marco de subdesarrollo del país, Bolivia tiene sin embargo acumulada una riqueza social que está representada por la profundidad y trayectoria de sus organismos populares de carácter sindical, obrero y campesino, vecinal y comunitario. Nuestros antecesores, los indígenas andinos acumularon experiencias tan ricas en el arte de curar que hasta hoy la medicina tradicional puede estar orgullosa de sus éxitos.

Estos hechos posibilitan integrar la acción popular organizada en el proceso de desarrollo social, y en el caso específico de nuestra responsabilidad, al campo de la salud.

Por ello es que identificamos la participación tanto en la categoría de objeto como de sujeto.

El proceso de participación combina al final, armónicamente, estas categorías y debe desencadenarse en concreto a través de programas de actividades de producción de servicios y de conocimiento junto con movilización y gestión en torno a la salud.

Nuestro propósito es estructurar organizaciones que partiendo de la base popular más amplia, con mayor facultad de discusión y dere-

cho irrestricto a la libre opinión, se vayan escalonando por niveles de representación sucesiva, de modo que el último nivel de decisión esté en condiciones de recoger la opinión de toda la colectividad y en base a ésta tomar decisiones e implementarlas con el mayor grado de conocimiento científico técnico.

Buscamos practicar en salud el mismo criterio de amplia participación popular que persigue el Gobierno Nacionalista Revolucionario en todos sus sectores. Sólo con el funcionamiento de un real centralismo democrático, que englobe a todo el sector salud del país, las decisiones tomadas a nivel central podrán ser consideradas leyes inapelables de aplicación universal y aceptadas por todos por consenso, sin ningún tipo de imposición vertical.

Existen en Bolivia valiosos ejemplos de la capacidad de participación de la colectividad organizada en distintas esferas de la actividad social; el más reciente ha sido su capacidad para restaurar el proceso democrático del país y sigue siendo la madurez con que los obreros, particularmente de las minas, contribuyen al robustecimiento del actual gobierno.

La participación popular debe ser masiva y concreta, además debe ser sistemática y permanente; debe integrarse en la columna del sistema de organizaciones sociales transmitiendo en sentido ascendente las vivencias, necesidades y críticas que permitan desarrollar una real cogestión en el campo de la salud. Sólo la colectividad organizada puede potenciar los sistemas de salud para dar respuestas contundentes a los problemas más críticos y contribuir a precisar el eslabón más débil de la cadena que nos ata a la enfermedad y la muerte para atacarlo con decisión empleando todos los recursos disponibles en la forma más efectiva.

Estos fundamentos para desencadenar la acción inicial los resumimos en las siguientes tareas y actividades principales para 1983.

- 1) Instalar los Consejos Populares de Salud a nivel nacional, regional, de distrito y área, para implementar, desarrollar y consolidar la participación en la gestión de salud.
- 2) Ratificar el papel rector del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública en la implementación del Sistema Nacional de Salud.
- 3) Incrementar el presupuesto de Salud en forma significativa a efecto de cumplir las tareas y actividades planteadas a través de una clara identificación programática.
- 4) Racionalizar, integrar e incrementar la cooperación internacional, regulando toda su planificación y control a través de Relaciones Internacionales del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.

- 5) Implementar con la Universidad Boliviana y las organizaciones populares un programa de investigaciones que incentive y apoye la identificación de los determinantes socio-económicos del nivel de salud en Bolivia, las investigaciones operativas, las tecnologías en uso, la medicina tradicional y la enseñanza de la medicina moderna.
- 6) Desarrollar un sistema de planificación en todo el sector salud que garantice progresivamente la programación efectiva y realista de las actividades, en consonancia con las necesidades y los recursos del país.
- 7) Desarrollar la participación intersectorial en el financiamiento de programas nacionales de salud.
- 8) Organizar y centralizar la adquisición y suministro de medicamentos e insumos médicos, buscando la eliminación de intermediarios por vía de la importación directa desde los centros de producción de mayor garantía y menor precio.
- 9) Dar prioridad, en este año, a la imperiosa necesidad de bajar la elevada tasa de mortalidad infantil actual (200 x 1.000) concentrando las actividades de los Consejos Populares de Salud en la atención preferente de la madre y el niño, los trabajadores, la nutrición y el saneamiento del medio.
- 10) Diseño de la estrategia en salud para avanzar en la ampliación de las metas regionales que se han comprometido por parte del Gobierno.

2. Líneas de acción prioritaria (líneas de fuerza)

En junio de 1983 la primera jornada de análisis de la cooperación OPS/OMS sirvió para identificar prioridades y posibilidades en función de los recursos disponibles. Se conformó el Grupo de Análisis Estratégico —GAE— integrado por autoridades de nivel jerárquico superior y la asesoría de OPS. Este Grupo definió el marco estratégico conformado por líneas de acción prioritaria, vale decir campos o áreas críticas a las que se debía volcar los recursos disponibles y los esfuerzos concentrados. Estas prioridades denominadas líneas de fuerza se refieren a la estructura funcional del Ministerio, a los servicios prioritarios y al impulso a la participación popular.

Por la importancia de las áreas críticas a considerar, se establecieron siete líneas de fuerza, en forma independiente de su relación institucional; las tres primeras están vinculadas a la nueva estructura del Ministerio, otras tres se relacionan con el fortalecimiento de servicios prioritarios y la última con la participación popular.

Las siete líneas de fuerza son las siguientes:

- A.— Organización del Ministerio por Núcleos funcionales
- B.— Sistema de Planificación y Desarrollo
- C.— Sistema Administrativo
- D.— Sistema de Atención Médica
- E.— Prioridades en Medicina Preventiva
- F.— Saneamiento Básico
- G.— Participación Popular

Para cada una de estas líneas de fuerza se precisaron los siguientes aspectos:

A. PRIMERA LINEA DE FUERZA: ORGANIZACION DEL MINISTERIO POR NUCLEOS FUNCIONALES

Para corregir la deficiente situación institucional se propuso un agrupamiento funcional de las estructuras existentes que permitiera el mejor cumplimiento de los siguientes objetivos:

Lograr centrar las líneas de autoridad tanto para el área de Salud Pública como para la Seguridad Social, y establecer áreas de competencia funcional que no se superpongan.

Crear una estructura funcional con características orientadas a la integración de los diferentes programas, servicios y actividades del Ministerio, tanto en el área médica como administrativa a nivel nacional.

Desburocratizar las acciones de salud, articulando las Unidades existentes e integrándolas en función de los programas prioritarios inmersos en las Líneas de Fuerza o Campos y Areas Críticas.

Descentralizar las funciones que corresponden al nivel operativo en las regiones y en el nivel local, delimitando la parte normativa y el control de la ejecución de las mismas para el nivel central.

Horizontalizar los programas a nivel operativo, integrando todos los recursos disponibles para ampliar la cobertura, la producción y la productividad, así como la oportunidad, calidad y cantidad de servicios.

Incorporar a las organizaciones populares en la nueva estructura y en todas las etapas de la planificación.

Coordinar en los niveles regionales y locales los servicios de salud y los de la seguridad social.

El nuevo agrupamiento funcional en actual vigencia, sustituye la estructura tradicional por la organización de seis núcleos de dirección nacional. Alrededor del Núcleo de Despacho Ministerial, que es el centro de dirección, actúan en coordinación recíproca los otros núcleos, dos técnico-normativos, de los cuales uno es de Salud y otro de Previsión Social, uno de planificación, otro de apoyo administrativo y todos confluyen en el núcleo de comando operativo que es el ejecutor de las políticas y el canal de comunicación con las 11 Unidades Sanitarias (ver esquema en página 97).

Los coordinadores de cada uno de los Núcleos descritos, constituyeron en una primera etapa el GAE (Grupo de Análisis Estratégico), el mismo que actualmente funciona como el Consejo Técnico Superior, presidido por el Ministro.

La caracterización de los seis núcleos de dirección es la siguiente:

a) *Núcleo del Despacho Ministerial.* Constituye el eje de la organización como centro de dirección hacia el cual convergen los demás núcleos. Está integrado por el Ministro, los Jefes de los 5 núcleos más el Secretario General, el Asesor Jurídico y los Jefes de Relaciones Internacionales y Control Interno.

b) *Núcleo de Planificación y Desarrollo.* Presidido por el Coordinador Nacional, está integrado por las Unidades: de Planificación, Recursos Humanos, Investigación, Información y Proyectos.

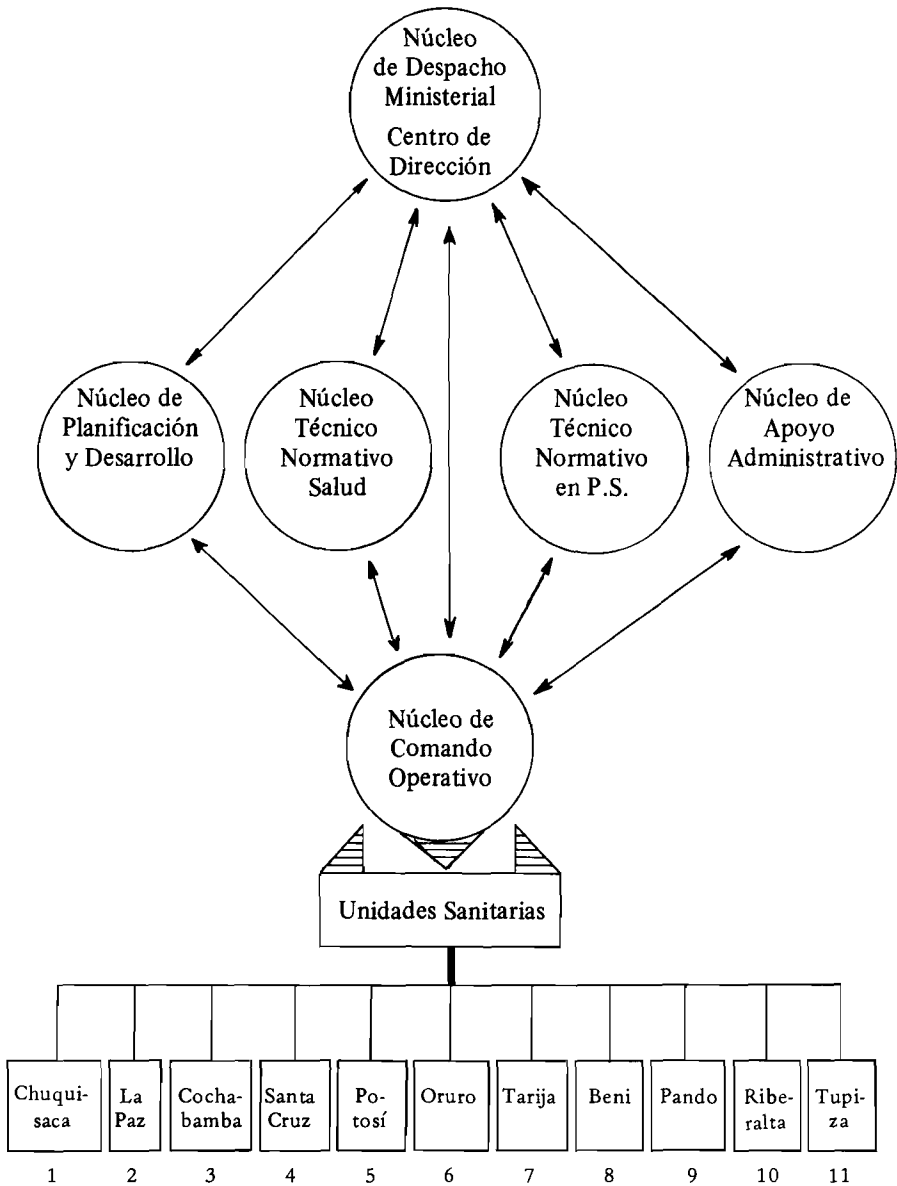
Tiene como funciones principales recoger y analizar la información de todos los servicios, procesarla y en base a ella elaborar líneas maestras de planes y programas en concordancia con las políticas y estrategias definidas. Independientemente debe coordinar las actividades de los otros núcleos y asesorar al Centro de Dirección.

c) *Núcleo Técnico Normativo en Salud.* Presidido por el Subsecretario de Salud, está constituido por Atención Médica, Materno Infantil, Nutrición, Epidemiología, Saneamiento Ambiental, Enfermería, Trabajo Social, Medicina del Deporte y Comunicación Social.

La función principal de este Núcleo es la de elaborar las normas para la prestación de servicios en forma coordinada.

d) *Núcleo Técnico Normativo en Previsión Social.* Presidido por el Subsecretario de Previsión Social, está conformado por: Rehabilitación, Salud Ocupacional, Asistencia Social y la Dirección del Instituto Boliviano de Seguridad Social, que de este modo se incorpora al Ministerio para lograr la coordinación necesaria con las Cajas de Seguro Social. Cumple funciones normativas particularmente en todo el sistema de los Seguros Sociales.

**ORGANIZACION FUNCIONAL POR NUCLEOS DE TRABAJO
DEL MINISTERIO DE PREVISION SOCIAL
Y SALUD PUBLICA**



- e) *Núcleo de Apoyo Administrativo*. Presidido por el Director Nacional Administrativo, está constituido por Análisis Administrativo, Programación Presupuestaria, Personal, Administración Financiera, Mantenimiento y Suministros.

Su función principal consiste en desarrollar los componentes del sistema administrativo de modo que las acciones en salud se cumplan con mayor efectividad y dinamismo.

- f) *Núcleo Operativo*. Presidido por el Director Nacional de Salud, está compuesto por la coordinación de Atención Primaria-Programa Integrado de actividades en Areas de Salud (PIAAS); Desarrollo Hospitalario, Centros Infantiles Populares (CIP), Centros Infantiles de Leche (CIL) en el nivel central y las Direcciones de Unidades Sanitarias en el Nivel Regional.

Este núcleo tiene la importantísima función de efectuar las acciones de salud según las directrices y normas que emanan del Centro de Dirección y los otros Núcleos mencionados. A su vez se constituye en el transmisor de las iniciativas de los niveles locales y Unidades Sanitarias hacia el Nivel Central.

NIVEL REGIONAL

En las Unidades Sanitarias se ha puesto en marcha una estructura funcional similar a la del Nivel Central, con ajustes a la realidad regional que son particulares a cada Unidad.

La gráfica de la organización funcional muestra las relaciones de coordinación entre núcleos y la entrega de normas y procedimientos Técnico-Administrativos e insumos que se canalizan a través del Núcleo Operativo a los niveles regional y local; recolectando a su vez de éstas el flujo de retroalimentación hacia el nivel central.

B. SEGUNDA LINEA DE FUERZA: SISTEMA DE PLANIFICACION Y DESARROLLO

Sistema de Planificación y Desarrollo:

Para desarrollar el proceso de planificación en forma integrada, dinámica y adecuada a las políticas y estrategias de salud se identificaron los siguientes componentes críticos y sus áreas de actividad.

a) *Información*

Este componente debe cambiar el actual sistema para que la obtención del dato se genere a nivel del área de salud, el distrito, los

hospitales y las Unidades Sanitarias, buscando que la información se adecúe a las prioridades establecidas y tenga la confiabilidad debida. El procesamiento y presentación de la información deberá estar también al servicio de la planificación en todos los niveles y del control permanente del sistema.

Se deberá establecer, dentro de la información y apoyándose en la investigación operativa y epidemiológica, un sistema de monitoreo que permita el seguimiento del programa general.

b) Información

Se busca orientar los esfuerzos en la materia para cubrir las necesidades del plan, tanto en lo que corresponde al mejor conocimiento de los determinantes del proceso salud-enfermedad, como a una evaluación científica del rendimiento y la eficacia de los servicios ya establecidos y de los que deban organizarse.

Se trata de administrar, impulsar y ejecutar articulaciones que respondan a líneas nacionales de investigación y darles apoyo técnico y metodológico adecuado.

c) Planificación

Apoyándose en la información y la investigación, el equipo de trabajo debe identificar los objetivos a planificar, precisar su contenido, las alternativas para encararlos y definir los instrumentos adecuados para elaborar el plan. Estos instrumentos deberán ser idóneos para ser aplicados por toda la estructura del sistema, de preferencia en los niveles locales y regionales.

d) Desarrollo de Proyectos

El equipo técnico debe garantizar que la implementación del plan se efectúe con una adecuada relación del recurso físico con la función precisamente formulada. Este primer requisito debe acompañarse con una respuesta tecnológica adecuada al medio y a los recursos.

e) Desarrollo del Departamento de Recursos Humanos

Esta dependencia es responsable de dar una respuesta dinámica, que, partiendo de las necesidades nacionales, identificadas en el catastro de recursos humanos, pueda establecer prioridades bien definidas en los requerimientos de formación de Auxiliares y Técnicos Medios; pre-grado y post-grado, adecuando las actividades de enseñanza-aprendizaje en cada uno de ellos, a las necesidades de formación académica y de educación en servicio.

C. TERCERA LINEA DE FUERZA: SISTEMA ADMINISTRATIVO

Para superar las deficiencias del Sistema Administrativo tradicional se identificaron tres puntos prioritarios.

- a) *Formular un presupuesto por programas que se identifique con las líneas prioritarias de la política de salud.*

El trabajo para formular dicho presupuesto debe ser intensivo e inmediato, integrando los esfuerzos de toda la estructura en la aplicación de los instrumentos de programación presupuestaria. Esta actividad implica la movilización de recursos nacionales e internacionales.

- b) *Iniciar el desarrollo de Suministros del Ministerio.*

La puesta en marcha de la nueva política de medicamentos requiere la organización de un Instituto Nacional con autonomía de gestión que se encargue de establecer un listado básico de medicamentos para todos los niveles de atención médica; en base a este programa incentivar la producción nacional e importar directamente los medicamentos necesarios. Este Instituto debe responder a los siguientes objetivos: racionalizar el uso de los medicamentos, disminuir el gasto en divisas y ofrecer a la población medicamentos de la mejor calidad al más bajo precio posible.

De la misma manera, el sistema administrativo debe crear formas de organización para todos los suministros necesarios al sistema de salud.

- c) *Organizar un sistema de mantenimiento de los recursos físicos del sistema:*

El deterioro de los recursos físicos no corregido oportunamente provoca cuantiosas pérdidas al sistema. Se juzga imprescindible mejorar los talleres de reparación tanto a nivel central como regional de los Departamentos de Transporte y crear un Departamento de Ingeniería Hospitalaria que se ocupe del mantenimiento y renovación tanto de los edificios como de las instalaciones y los aparatos en uso.

D. CUARTA LINEA DE FUERZA: SISTEMA DE ATENCION MEDICA

Ante la imposibilidad de incrementar los recursos existentes por la magnitud de la crisis económica heredada, se decidió optimizar el rendimiento de los medios con que se cuenta, definiendo claramente los niveles de atención y la regionalización de servicios en todo el país.

Se consideró dar prioridad, en la actual etapa, a la atención primaria de salud, concentrando los esfuerzos en la atención a la madre, al niño y al trabajador, tanto por ser los grupos más vulnerables como por el hecho de constituir los grupos cuyos problemas más agudos pueden mejorarse sin grandes inversiones económicas. Bajo el término de “trabajador” nos referimos al obrero sujeto a riesgos específicos por las características de su trabajo. En esta primera etapa, cuando decimos “trabajador” aludimos concretamente al obrero minero por la magnitud de la sílico-tuberculosis, patología de tan alta prevalencia en las minas, que llega a ser un problema prioritario, después del cual se tendrá también que considerar los riesgos de salud en otros sectores laborales.

Con estos principios se identificaron las siguientes líneas de trabajo:

a) *Programa Integral de Actividades de Areas de Salud (PIAAS)*

Para una mejor regionalización se acordó dividir cada una de las once Unidades Sanitarias en un número adecuado de distritos, los cuales deben estar subdivididos en áreas.

Una área de salud abarca un espacio geográfico urbano o rural bien delimitado, cuya extensión varía en función de la densidad de población, de las características geográficas, de las vías de comunicación, de la distancia a los centros de salud de mayor desarrollo, y otros aspectos que definen la posibilidad de otorgar atención primaria a toda la zona por un solo equipo de salud.

El propósito es crear el instrumento que permita efectuar a nivel local un diagnóstico, no sólo de la situación de salud, sino de los determinantes económicos sociales que actúan sobre el proceso de salud-enfermedad. Este Diagnóstico debe realizarse con un activo intercambio de opiniones con las organizaciones populares existentes en el área, y junto con ellas establecer las bases de la programación local, que también consideren no sólo la atención médica, sino la solución de los problemas sociales, sean éstos de tipo laboral, desocupación, salarios, de vivienda, de educación, recreación, nutrición, saneamiento del medio, etc. Para la mejor consecución de estos objetivos debe organizarse en cada área un Comité Popular de Salud.

El Comité Popular en ningún caso debe ser una organización creada por el equipo de salud ni debe sustituir a las organizaciones populares existentes; debe ser la suma de sindicatos, juntas de vecinos y cualquier otra organización propia del área.

Teniendo en el país un considerable número de médicos recién egresados sin posibilidad de conseguir trabajo remunerado, frente a un escaso número de personal auxiliar y de enfermería, se resolvió hacer que cada PIAAS esté dirigido por un médico, el cual debía completar su formación con un curso de un mes de duración a dedicación exclusiva. Los principales contenidos del curso son: Las nuevas políticas de salud, historia de Bolivia, análisis sociológico y planificación, buscando el mayor contacto posible con las organizaciones populares a través de prácticas en terreno que induzcan a una mayor sensibilidad social y solidaridad de los profesionales con su pueblo.

En el PIAAS se destacan actividades específicas que por su importancia las señalamos como componentes independientes, sin que esto signifique desarticularlas del programa integral del cual forman parte:

a.1. Unidades de rehidratación oral (URO)

Bajo este nombre genérico consideramos las actividades de prevención y tratamiento oportuno de la deshidratación por enfermedades diarreicas agudas.

Se busca, fundamentalmente, impulsar la masificación de la rehidratación oral precoz, a fin de disminuir la mortalidad por diarrea.

Con la activa participación de la Sociedad Boliviana de Pediatría y los pediatras de cada una de las localidades del país, se decidió organizar UROS institucionales en los centros de atención pediátrica y UROS populares en cada barrio o aldea.

a.2. Nutrición

Ante el hecho establecido de que alrededor del 50% de la población pre-escolar sufre de algún grado de desnutrición proteico-calórica, que un 65% de la población en edad escolar sufre de bocio endémico que trasunta a nivel familiar una grave carencia de yodo, y que simultáneamente, la caries dental es un problema grave de salud pública, se consideró primera prioridad estimular la lactancia materna, estudiar sistemas de alimentación complementaria, la sustitución a nivel doméstico de la sal común por la sal yodada y programar medidas preventivas contra la caries dental utilizando sistemas masivos de aplicación de fluor a los escolares.

a.3. Salud del trabajador

A fin de obtener el mayor rendimiento con los escasos recursos disponibles se acordó concentrar la atención al trabajador incor-

porando en el PIAAS el desarrollo de programas de Salud Ocupacional, en particular en los centros mineros e implementar un programa de lucha contra la tuberculosis, que garantice la detección oportuna de los enfermos, su tratamiento precoz y un estudio epidemiológico.

b) Atención Hospitalaria

Conscientes de que la crisis económica heredada no nos permitía planificar ni construcción ni equipamiento de los centros hospitalarios, por lo menos en el corto plazo, decidimos optimizar los escasos recursos disponibles, buscando modos para incrementar el rendimiento de los existentes. Tuvimos en cuenta, además, que la irracionalidad con la que se habían construido hospitales nos dejó una situación en la cual se combinaban hospitales sobredimensionados para un número pequeño de habitantes, dos y tres hospitales, todos mal dotados, para una misma población; y por otro lado, ausencia total de centros de atención médica en lugares que indispensablemente debían tenerlos. Se había importado además equipo de alto costo sin consultar ni los requerimientos ni la planta física para instalarlos, menos otras condiciones como el tipo de corriente para su funcionamiento, instalaciones de agua, etc. De este modo teníamos la paradoja de hospitales carentes de equipo, y equipos encajonados con imposibilidad de instalarlos.

Tuvimos que destinar los escasos recursos disponibles a la adaptación de locales, orientar la cooperación externa a las necesidades reales del país, e incrementar el rendimiento de las camas hospitalarias que estaban subutilizadas.

Se consideró que constituiría un error esperar que un desarrollo de la atención primaria de salud disminuyera la demanda de atención hospitalaria, ya que si bien determinadas enfermedades erradicables por vacuna o las enfermedades diarreicas agudas podrían disminuir en su incidencia, una población más consciente de sus derechos y más sensibilizada para buscar atención oportuna a su enfermedad incrementaría la demanda de los servicios de segundo nivel. Con tal criterio se resolvió continuar la concentración de los esfuerzos en el primer nivel en el año 1984 y primer semestre del 85, para volcar los recursos al segundo nivel y lograr mejoras en los hospitales el 86.

Como primer soporte a las acciones de atención primaria a nivel hospitalario se decidió dar impulso a la atención del parto gratuito, lo que implica captación de la embarazada, control prenatal con protección contra el tétanos y atención del parto por agente

de salud de preferencia en locales institucionales. Todo como un derecho de todos los habitantes del país y respondiendo al deber que tiene el estado de proteger a la población sin crear artificiales diferencias entre beneficiarios o no de la seguridad social. Paralelamente se decidió masificar la educación de las madres en normas elementales de puericultura con énfasis en lactancia materna.

*E. QUINTA LINEA DE FUERZA:
PRIORIDADES DE MEDICINA PREVENTIVA*

En esta línea de fuerza incluimos las actividades de medicina preventiva propiamente dicha a través de inmunizaciones y el control de otras enfermedades transmisibles prevalentes dentro del perfil epidemiológico de Bolivia.

En vista de la escasa cobertura lograda con las estrategias del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), se optó por cambiar de táctica y apelar a las movilizaciones populares de salud. En este sentido, se diseñó un plan para atacar sucesivamente con inmunizaciones masivas, con activa presencia popular, a todas las enfermedades susceptibles de control por vacunas. Se eligió para la primera movilización popular la inmunización contra la poliomielitis, no porque esta enfermedad tuviera una mayor prevalencia en el país, sino porque la facilidad de aplicación de la vacuna permitía una mayor acción directa del sector popular, particularmente de los dirigentes sindicales campesinos, únicos capaces de cubrir las áreas más dispersas y alejadas del país. Se buscaba demostrar a la población su propia capacidad para protegerse de una enfermedad grave y fuertemente limitante, y utilizar esta conciencia de su propio valer para acometer otras actividades más complejas como las inmunizaciones a darse por vía parenteral en forma de inyecciones, y otras formas de medicina preventiva.

En materia de rabia se decidió aprovechar una pequeña instalación de producción de vacunas para incrementar su producción y cubrir las necesidades nacionales.

En cuanto a las enfermedades tropicales, se acordó incentivar el sistema de vigilancia epidemiológica y propiciar nuevos sistemas de control que superen a los programas verticales del pasado que dieron resultados poco satisfactorios.

Teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos y la magnitud del daño, se resolvió priorizar la lucha contra la Malaria y la enfermedad de Chagas sin que esto signifique abandonar los programas tradicionales para las otras enfermedades parasitarias y tropicales.

En la misma forma, tampoco se abandonó definitivamente el PAI, sino que se lo utilizó como complemento de las movilizaciones populares.

F. SEXTA LINEA DE FUERZA: SANEAMIENTO BASICO

Se pudo constatar que las actividades de saneamiento básico estaban tan subvaluadas, que habitualmente, el departamento correspondiente parecía un apéndice de menor importancia en el Ministerio.

Se resolvió cambiar radicalmente esta situación devolviéndole la jerarquía debida y articulando sus actividades con las otras de atención primaria.

Independientemente de encomendarle una activa participación en las movilizaciones populares para la limpieza de ciudades y eliminación de basuras y otras actividades menores, se determinó que debería concentrar sus esfuerzos en la instalación de sistemas de agua potable y eliminación de excretas, eligiéndose áreas geográficas prioritarias de acuerdo a la densidad de población y el acceso a los servicios.

Se asignó al equipo de salud del PIAAS responsabilidades concretas en materia de saneamiento básico en cada una de sus áreas.

G. SEPTIMA LINEA DE FUERZA: PARTICIPACION POPULAR

Reforzando lo establecido en el Plan de Acción inicial, cuyo primer punto señala la necesidad de organizar los Consejos Populares de Salud y los Comités Populares de Salud locales, se estableció la necesidad de lograr a todo nivel de las acciones la incorporación del sector popular.

La COMUNICACION SOCIAL la entendemos no en la forma habitual de transmitir enseñanzas a un sujeto pasivo para imponerle conductas anticipadamente elaboradas, sino como un activo intercambio entre el sector institucional y el popular. Debe buscarse que se dé por una parte la extensión del conocimiento sobre temas inherentes a la realidad local y por otra se recoja de la colectividad sus propias vivencias, hábitos y costumbres para que en democráticas discusiones a nivel de los Comités Populares de Salud, se pueda encontrar solución a cada uno de los problemas.

Paralelamente se seleccionarían los medios de difusión más adecuados para la comunicación de masas en cada región y localidad, tratando de utilizar al máximo la solidaridad de diferentes grupos sociales.

III. EVALUACION DEL DESARROLLO DE LAS POLITICAS DE SALUD

La circunstancia de haberse abreviado en un año el período del Gobierno, nos obliga a presentar esta evaluación cuando una serie de aspectos programados todavía no se concluyen, algunos no llegaron a iniciarse y sólo una parte del plan de acción ha sido realizado.

Tal como lo hemos señalado en el capítulo anterior, empezamos con un plan de actividad inicial basado en el diagnóstico de la situación de salud heredada. Posteriormente perfilamos las líneas de acción prioritaria, manteniéndonos en los marcos conceptuales de las políticas de salud que definimos al iniciarse el régimen democrático.

Esta evaluación, provisional, no pretende dar respuesta a cada uno de los puntos programados, sino que será una referencia global a lo que se ha realizado, enfatizando más en aspectos que consideramos de mayor valor, ya sea por su novedad o por la magnitud de los hechos.

CONSEJO POPULAR DE SALUD

Inicialmente se conformó el Consejo de acuerdo con la proposición del plan de acción inicial, con representantes de las siguientes organizaciones:

Central Obrera Boliviana
Confederación Unica de Trabajadores Campesinos
Confederación de Trabajadores en Salud
Colegio Médico de Bolivia
Universidad Mayor de San Andrés
Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana
Confederación Universitaria Boliviana
Federación de Estudiantes de Secundaria
Asociación Boliviana de Facultades de Medicina
Federación de Juntas Vecinales
Federación de Clubes de Madres
Secretaría de Deportes y Juventudes
Confederación de Estudiantes Normalistas Urbanos y Rurales
Federación Nacional de Mujeres Campesinas de Bolivia.

Independientemente de los delegados oficiales, otras organizaciones concurren también a las reuniones motivadas por los problemas de salud.

El Consejo tuvo participación activa en la discusión y aprobación de las “Bases para las Políticas de Salud”. Colaboró en la solución de conflictos sociales planteados por los empleados de salud y del Colegio Médico.

Cuando las actividades de salud tuvieron que concretarse a nivel operativo, surgió otra realidad social que paulatinamente fue tomando carácter protagónico: los Comités Populares de Salud, a nivel local, fusionaron principalmente las Juntas de Vecinos, Clubes de Madres de larga tradición organizativa y otras organizaciones sociales diferentes según la localidad. Estos comités, más íntimamente en contacto con una realidad concreta, fueron cobrando paulatinamente mayor actividad que el Consejo Popular de Salud Nacional, el que quedó como organismo superior de consulta, debido a su estructura heterogénea, cuyos miembros pertenecen a confederaciones de trabajadores abocados a la consideración de problemas específicos, y que por su carácter de autoridades de mucha responsabilidad en áreas diferentes se fueron aislando progresivamente, aunque sin abandonar el Comité.

Los Comités Populares de barrio, poco a poco se extendieron a las áreas rurales, donde un miembro del sindicato campesino correspondiente asumió las funciones de Secretario de Salud y organizó un Comité Popular de Salud en su área.

Estos Comités fueron reuniéndose a nivel de ciudades primero y luego de departamentos, o más propiamente al lado de cada Unidad Sanitaria. En la mayoría de las Unidades Sanitarias quien preside el Comité simultáneamente es dirigente de la Central Obrera Departamental.

Los Comités Populares de Salud adquirieron mayor personalidad y se estructuraron más sólidamente cuando se les confió la responsabilidad de organizar e inclusive aplicar la vacuna oral contra la Poliomielitis. Bajo la supervisión del personal técnico de la División de Epidemiología, modestos campesinos o habitantes de las zonas urbano-marginadas sorprendieron con iniciativas prácticas que permitieron alcanzar las altas coberturas logradas con la vacuna antipoliomielítica, y de ahí para adelante su Comité Popular de Salud adquirió mayor relevancia.

En un análisis que contempla el desarrollo desde las actividades simples a niveles de mayor complejidad, se observa que la primera acción de impacto en las organizaciones populares pre-existentes (Juntas Vecinales, Clubes de Madres, Sindicatos) estuvo constituida por los seminarios de divulgación popular respecto al contenido de las nuevas políticas y la participación popular en salud.

Estos seminarios se desarrollaron en seis departamentos (exceptuando Santa Cruz, Beni y Pando) y sirvieron para esclarecer la conciencia social y nacional de que “La Salud, como un derecho que no se vende ni se regala, se conquista con la Acción Popular Organizada”.

El convencimiento popular de la “Salud como un derecho” implicó un salto histórico del enunciado teórico a la realidad concreta, como una consigna introducida en la conciencia y la práctica cotidiana de las organizaciones populares.

El contacto vivencial con las organizaciones populares permitió identificar diferencias en el entorno orgánico y el discurso de las diferentes organizaciones. Así, mientras el Sindicato tiene un alcance sectorial resumido en la relación obrero-patrón, la junta vecinal agrupa a sectores de barrio y regionales donde las reivindicaciones de infraestructura urbana (agua, luz, alcantarillado) nutren su discurso con reivindicaciones de la vida cotidiana. El Club de Madres, además de reivindicar la importancia de la mujer en el ámbito popular, profundiza en la lucha social al plantear problemas de empleo, nutrición infantil y reivindicaciones de ingreso familiar relacionado con el mercado de bienes de consumo.

La concientización popular en salud dio un paso de fundamental importancia al conjuncionar las diferentes organizaciones sociales (sindicatos, juntas vecinales, clubes de madres) en la conformación de los Comités Populares de Salud; de esta manera, bajo el argumento del “derecho a la salud”, el Comité Popular de Salud enriquece y potencia su acción con reivindicaciones sectoriales, espaciales y otras de la vida diaria, enriqueciendo el potencial organizativo de la fuerza social.

1. Organización Popular:

Las movilizaciones populares constituyeron uno de los aspectos más relevantes de la política de participación popular en salud. La organización de los comités populares de salud se expresó con mayor nitidez en la realización de 7 congresos departamentales, en los que más de 7.000 representantes populares eligieron sus direcciones departamentales, proceso que culminó exitosamente con la realización del Congreso Nacional de Comités Populares de Salud, en el que 3.500 representantes eligieron la Dirección Nacional de los CPS Departamentales.

mentales, quienes estructuraron sus reivindicaciones programáticas y dieron a conocer un manifiesto popular de salud a la Nación*.

Este proceso organizativo delineó a cabalidad los alcances de la cogestión popular en salud, añadiendo nuevas reivindicaciones a la conceptualización general del “Derecho a la Salud”, enriqueciendo el concepto y añadiendo nuevos elementos que tendieron a conformar el significado del “sujeto de la participación popular” ajeno a la visión tradicional de “participación comunitaria”, utilizando una sujeta comunidad social como objeto manipulable.

La participación popular organizada a su vez enriqueció a las organizaciones populares pre-existentes a través de la democratización del “saber médico” y el autoconocimiento del sector social acerca de su propio entorno. Además permitió intervenir en los alcances de la planificación participativa y democrática.

Para concluir, podemos afirmar que fue el desarrollo de la organización popular el que tensionó al sector institucional, provocando su fortalecimiento y permitiendo que también a este nivel se comprenda mejor el concepto de salud, no sólo como ausencia de enfermedad sino como expresión global de todo aquello que es capaz de mejorar la calidad de vida, incluyendo conquistas económicas, organización para la producción, desarrollo de la cultura popular, y en lo fundamental el redescubrimiento del potencial popular en la lucha por la liberación nacional.

La lucha por la salud ha resultado, además, una actividad unificadora de la alianza de clases que postuló nuestro Gobierno como un medio de defender eficazmente los intereses de las clases desposeídas, que en nuestro país constituyen las grandes mayorías nacionales.

La unión de obreros, campesinos y clase media empobrecida en una alianza de clases, con intereses que pueden ser diferentes, pero no antagónicos, es la base de la lucha por la liberación nacional y por el mejoramiento de las condiciones de vida en una genuina expresión de verdadero nacionalismo revolucionario, expresada a plenitud en los Comités Populares de Salud, liberados de los complejos de inferioridad en base a los logros alcanzados y superando divergencias sectarias en función de la lucha unitaria por alcanzar objetivos concretos.

* Su texto, con el título TESIS PROGRAMATICA DE LOS COMITES POPULARES DE SALUD, se incluye como anexo a este volumen.

2. Papel Rector del Ministerio

La presencia popular en las acciones de defensa de la salud tensionó positivamente el fortalecimiento del sector institucional, induciendo a que la primera línea de fuerza referida a la organización del Ministerio se cumpliera efectivamente con el funcionamiento de los 6 núcleos señalados y su vinculación con las unidades sanitarias a través del núcleo del comando operativo.

La organización funcional nuclearizada representó un cambio radical de la organización tradicional, que ha permitido como resultado la integración de esfuerzos y acciones para el desarrollo de los programas y actividades iniciado en el Nivel Central y cuya reproducción adaptada a niveles regionales permitirá el funcionamiento nuclearizado a nivel nacional.

- El cambio institucional que se refleja también en la organización del sistema de servicios a través de la regionalización en tres niveles de atención, ha permitido ajustar y reubicar los recursos humanos en función de los programas prioritarios comprendidos en el Plan Integral de Actividades de Areas de Salud, y en los establecimientos hospitalarios de nivel secundario.
- El cambio operado en el aspecto institucional, y que viabilizó una dinámica funcional que requería el planteamiento de Políticas y Estrategias con enfoque de Movilizaciones Populares, fue reconocido y apoyado plenamente por organismos internacionales de apoyo técnico.

Sin embargo, en el desarrollo de los núcleos de concentración, se denota la ausencia de integración de algunos programas que persisten en su verticalización debido a la aparente mayor agilidad administrativa, la existencia de grupos de presión institucional tradicional, fuertemente organizados, y la resistencia al cambio. Otro aspecto de importancia fundamental y que llama a una severa reflexión es el de la aparente “ubicuidad” de algunos programas. En efecto, no pocas veces programas verticales intentan introducir el rubro de “participación popular” en su justificación programática sin una adecuada comprensión del fenómeno. En este ámbito existe la esperanza de que la participación de los Comités Departamentales y el Comité Popular de Salud Nacional en las reuniones de Consejo Técnico puedan lograr un mayor avance en el funcionamiento nuclearizado. En cuanto a la integración de los programas, resalta el rol que le cupo a la Organización Panamericana de la Salud, a la Organización Mundial de la Salud y al UNICEF, en el apoyo técnico y en la regulación de la ayuda presupuestaria.

Se puede anotar como un logro, el que el Plan de Acción 1985 reflejó importantes avances de integración institucional hacia el robustecimiento operativo de la Dirección Nacional de Salud, las Unidades Sanitarias y el fortalecimiento institucional.

Las "Bases para la Política de Salud del Gobierno Democrático y Popular", ampliamente difundidas, tuvieron tal grado de aceptación general que se creó un consenso en la población, lo cual permitió ampliar la autoridad del Ministerio sobre el sector salud de los seguros sociales y de organizaciones no gubernamentales de cooperación.

Particular mención merece la excelente acogida que tuvo el plan de salud en las organizaciones religiosas, con las cuales se logró un grado de integración muy productivo. Sus programas, que ya habían alcanzado una importante vinculación con el sector popular, pasaron a constituir los mejores PIAAS en sus respectivos distritos y áreas de trabajo. La particular vocación de servicio y el grado de solidaridad con la población depauperada de las congregaciones religiosas o parroquias sirvió de ejemplo para muchas Unidades Sanitarias y contribuyó a mejorar los servicios.

DECISION OPERACIONAL

El segundo elemento fundamental y que responde a la tensión co-gestionaria en el fortalecimiento institucional, radica en la decisión operacional que ya no es responsabilidad exclusiva del sector institucional, sino también del sector popular a través de la más amplia discusión en la base, cuyos resultados transmitidos al nivel superior orientan las decisiones de manera que la determinación de la autoridad competente sea una ley aceptada por todos, con amplio consenso, sin necesidad de recurrir a medidas de coerción.

El desarrollo de la co-gestión en salud tuvo que superar la pretensión de la burocracia organizada en sindicato, que aspiraba a convertirse en el ente de co-gestión en salud a lado de las autoridades ejecutivas del Ministerio, desvirtuando la esencia de la co-gestión popular que buscaban las políticas de salud.

El desarrollo de la co-gestión en salud evolucionó en varios niveles. En lo menos complejo, se observa que el apoyo a las movilizaciones populares en vacunaciones: Polio, Sarampión, Tuberculosis, etc. tensionó la red de frío a nivel regional y nacional, obligando a los funcionarios de salud a mejorar tal instrumento.

Un nivel más complejo y compartido de co-gestión se expresa en el Programa de Diarrea; las URO (Unidades de Rehidratación Oral)

Populares y las URO institucionales responden a una visión cogestio-
naria de mayor desarrollo.

El programa de Malaria, realizado con movilizaciones populares, constituyó otro importante avance institucional, cuyo ejemplo estimuló movilizaciones similares contra la Enfermedad de Chagas.

En este proceso de acumulación de experiencias, el producto más complejo, la síntesis de la diversidad de las acciones, se expresa en el Plan Integral de Actividades en Areas de Salud (PIAAS), que constituye el núcleo de establecimiento de la Atención Primaria de Salud como estrategia básica, donde se concentra a plenitud la participación popular.

3. Incremento del Presupuesto de Salud

En el objetivo de lograr un incremento del presupuesto del sector salud, comprendimos la imperiosa necesidad de robustecer a nivel de gobierno los sectores productivos como mecanismo que posibilite en el mediano plazo mejorar el perfil de salud del pueblo boliviano. Esta situación nos impidió ser exigentes en el incremento presupuestario del sector salud; sin embargo, logramos incorporar al presupuesto General de la Nación 250 nuevos items de médicos para atención primaria (Programa PIAAS), independientemente del incremento tradicional conocido con el nombre de "crecimiento vegetativo".

Otro importante logro fue el equiparar los sueldos de los empleados de salud con los de otros ministerios, que por diferentes razones habían logrado ventajas mayores tanto en su curva salarial como en el número de sueldos por año. A partir de 1983, los funcionarios del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública no se encuentran en desventaja frente a ningún sector de la administración pública.

Los médicos recibieron también varios incrementos. A partir de abril de 1985, se reguló el salario médico y el de todos los profesionales con diploma universitario de licenciatura en múltiplos del salario mínimo nacional, correspondiendo al médico 6 múltiplos y un sistema de categorización, bono de antigüedad y bono funcional, que permite mantener en el tiempo una mejor remuneración al profesional evitando que por efecto de la inflación, se achate la curva salarial borrando las diferencias que obligadamente deben existir para estimular la calidad del trabajo.

Sistema administrativo. En el impulso del sistema administrativo debemos reconocer el débil desarrollo de acciones. Sin embargo,

anotamos como un avance la actualización de los manuales de sistemas y subsistemas de administración para los campos de personal, contabilidad, presupuestos, suministros y transportes, en los que se considera la problemática de las unidades sanitarias, los distritos y las áreas.

4. Cooperación Internacional

Las actividades realizadas durante la gestión por parte de la Dirección de Relaciones Internacionales pueden ser resumidas de la siguiente manera:

- a) Elaboración del manual de funciones y organización de la Dirección de Relaciones Internacionales.
- b) Participación en la elaboración de normas y cláusulas que deben regir para la firma de convenios, que fueron reglamentadas por Resolución Ministerial N° 927, de modo que se ajusten a la nueva Política de Salud.
- c) Coordinación permanente con las diferentes Unidades Técnicas, especialmente con el Núcleo de Planificación y Desarrollo.
- d) Coordinación con la Dirección de Cooperación del Ministerio de Planeamiento y Coordinación con las Direcciones Generales del Ministerio de Relaciones Exteriores.
- e) Participación en las reuniones de evaluación de los Programas y Presupuestos de OPS/OMS y otros Organismos del Sistema de NN.UU. y Sistemas Interamericanos.
- f) En relación con los organismos no Gubernamentales, se realizaron las siguientes actividades:
 - f.1. Se elaboró un plan de investigación e inventario para la identificación y análisis de los objetivos, origen, organización, operación, financiamiento de programas de trabajo de las Organizaciones No Gubernamentales que actúan en Bolivia desarrollando asistencia técnica y/o financiera en el sector salud.
 - f.2. Como instrumento para lograr el acercamiento y establecer el papel rector del Ministerio en materia de salud y poner en conocimiento de las organizaciones no gubernamentales las Políticas y Estrategias en ejecución, se realizó el Primer Encuentro Nacional de Organismos Internacionales y Organismos No Gubernamentales que prestan servicios de salud en Bolivia.

De este evento se obtuvo un documento que en resumen expresa el pleno respaldo de las organizaciones no gubernamentales a las Políticas y Estrategias de Salud y se recomienda la identificación de líneas prioritarias de acción, la optimización de la cooperación de las organizaciones no gubernamentales con el Estado y las organizaciones internacionales para con ambos, y sobre las formas de relacionamiento interorganizacional, interinstitucional y con las Organizaciones Populares y las proyecciones que la organización planificada puede tener.

- f.3. Para la XXXVIII Reunión de la Asamblea Mundial de la Salud, se elaboró el documento: "Bolivia: Salud en Democracia", participación de las organizaciones no gubernamentales en las Estrategias Nacionales de Atención Primaria, evento al que asistió un Representante de dichas organizaciones.
- g) Se mantuvieron reuniones con Misiones y Embajadas de países con los que el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública mantiene relaciones, así como con los organismos internacionales interesados en prestar cooperación técnica y financiera a fin de dar a conocer la nueva Política de Salud y priorizar la cooperación a las áreas que ésta define.
- h) Se ha realizado un inventario de los convenios suscritos a partir del año 1978, tanto con los organismos internacionales como nacionales y no gubernamentales.

En el desarrollo de la cooperación internacional, merece un destacado lugar el rol que cupo tanto a la organización Panamericana de la Salud (OPS) como al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en el desarrollo de las políticas de salud.

En efecto, se debe destacar en el apoyo técnico que profesionales de ambas instituciones se fusionaron en un solo ímpetu con el componente nacional, borrándose las diferencias de nacionalidad en el común objetivo de luchar por la salud del pueblo boliviano. Administrativamente se logró racionalizar la ayuda mediante la horizontalización de programas otrora verticales.

En la cooperación financiera, dada la expectativa que causó la política de salud a nivel internacional, debe ponerse de relieve el substancial incremento de ayuda externa a través de estos organismos.

Así, el UNICEF incrementó su ayuda de US\$ 500.000 en 1982 a 2 millones en 1983 y 3 millones de US\$ en 1984, incrementando el porcentaje de participación del sector salud del 30% al 45% dentro

de la cooperación al país. La OPS, por su parte, como ya lo mencionamos, intensificó su cooperación técnica tanto en los programas específicos de salud, como de saneamiento ambiental y participación popular.

5. Programa de Investigaciones

En el desarrollo del programa de investigaciones para la identificación de los determinantes socioeconómicos del nivel de salud en Bolivia, constituye un importante logro la culminación de los diagnósticos socioeconómicos para cada departamento del país. Son 9 tomos, cada uno de los cuales contiene el estudio estructural y espacial de la zona correspondiente a cada unidad sanitaria, los factores de riesgo, especificidades de la ocupación y aspectos esenciales del consumo social, las características de la morbimortalidad y de la oferta institucional de servicios.

La consolidación del Diagnóstico Nacional de Salud, recientemente concluido, y los estudios locales ya analizados, servirán en la definición de políticas regionales y en el futuro desarrollo de la planificación democrática en salud.

En investigaciones operativas, la culminación de la investigación de monitoreo e impacto, permitirá medir el resultado de nuestras acciones operativas con el consiguiente reajuste de instrumentos.

6. Sistema de Planificación

En el robustecimiento del sistema de planificación destaca la realización del Primer Seminario Nacional de Planificación en Salud, evento en el cual se lograron importantes conclusiones para hacer más homogénea la metodología de planificación participativa y la consolidación de los mecanismos e instrumentos de nuclearización para cada región en particular.

De la misma manera, constituye un importante logro la estructuración del sistema de informaciones en salud a partir de la experiencia germinal del proyecto Chuquisaca.

RECURSOS HUMANOS .

Un punto importante para el avance institucional constituye la política de recursos humanos para la salud, cuya consolidación se ha

producido con la nueva estructura del Sistema Nacional de Recursos Humanos en Salud que es el órgano técnico normativo y operativo de las políticas relativas a la formación y desarrollo de Recursos Humanos en Salud.

La articulación del Sistema Nacional de Recursos Humanos permitió llevar adelante un trabajo de integración con el sistema universitario del país y contar con órganos que operativizan la política de salud en Recursos Humanos.

En cuanto al fortalecimiento institucional resalta la culminación exitosa del primer curso de Maestría en Salud Pública, que proporcionó un fuerte contingente de Recursos Humanos calificados, que conociendo la realidad concreta y elementos modernos de la Epidemiología Social, se insertarán al desarrollo institucional; empero se recomienda la necesidad de mayor articulación de la maestría en la práctica institucional y en el desarrollo mismo del Pensum de Post Grado.

A partir de la gestión 1985, mediante Convenio, se traspasó el Curso de Maestría a la Universidad Mayor de San Andrés.

Otro logro fundamental es la Comisión Nacional de Integración Docente-Asistencial (CNIDA) con la que se avanzó hasta la reconceptualización crítica de los contenidos mínimos de currícula dentro de las universidades, en el replanteamiento del internado Rotatorio y la Residencia Médica, así como en el programa de dotación de textos. En la actualidad se está viabilizando la firma de un Convenio General que permita darle cimiento legal a la CNIDA y convenios regionales que contemplan los siguientes rubros:

- La participación de la Universidad en las Areas del PIAAS, para coadyuvar a la implementación de sus módulos.
- Participación de internado de pre-grado en el programa de Parto Gratuito y otros programas.

En cuanto a la Residencia Médica se ha conseguido la aprobación de los programas de enseñanza, la consolidación de las comisiones de Post-Grado, en especial de La Paz; el énfasis en la investigación científica hospitalaria en función a las prioridades de salud; y por último, la realización de las Jornadas Nacionales de Residencia Médica a efectuarse próximamente en las que el residente definirá el papel que le corresponde desempeñar en el Sistema Nacional de Salud, al impulso de las Políticas de Salud.

El programa de formación inicial para Auxiliares de Enfermería priorizó la realización de cursos para personal empírico que trabaja en las instituciones del Sector Salud.

La formación de Técnicos Medios para el área rural se está llevando a cabo en la Escuela Técnica de Salud de Cochabamba, destacándose la revisión del perfil curricular adaptado a los módulos del PIAAS.

El programa de formación continua apoyó a los diferentes programas del Ministerio, destacándose los Cursos de Orientación en Medicina Social para la implementación del PIAAS, por el que han pasado 667 profesionales en Salud. Este curso contiene dos elementos básicos; una parte teórica conceptual, compuesta por la Historia de Bolivia como tronco fundamental que explica la política de salud, explicación de los mecanismos de gestión y planificación participativa, y una parte de convivencia concreta y práctica con los Comités Populares de Salud.

En el mes de julio de 1985 se desarrollaron tres nuevos cursos, con lo que se piensa llegar al millar de profesionales informados sobre la política de salud.

De la misma manera, resalta el Curso Taller de Administración de Suministro de Medicamentos para médicos, farmacéuticos y bioquímicos, en el que se dio a conocer la necesidad de fortalecer la Política de Medicamentos como instrumento para la ruptura de la dependencia.

El programa permanente de Educación Continua en Salud (PROPECS), respondió a la necesidad de hacer conocer las Políticas de Salud, tanto en el ámbito de la "Salud Pública" como en el de la "Seguridad Social", con resultados que pueden ser calificados de positivos. Este intento muestra que es posible desarrollar nuevos mecanismos que tiendan a rearticular ambos campos en el común objetivo de un sistema único de salud. Actualmente se publican cuadernos de actualización epidemiológica, médica y bibliográfica para el equipo del PIAAS y para la capacitación popular, que permitan aportar conocimientos de la realidad del proceso Salud-Enfermedad en Bolivia.

En cuanto al programa de Evaluación y Utilización de los Recursos Humanos, posibilitará contar con una fuente de datos del personal de Salud del país y estará en estrecha relación con el subsistema de Información de Recursos Humanos en Salud.

Con referencia al aporte de la participación popular resalta la capacitación de responsables populares de salud, que tuvo dos modalidades importantes: los seminarios de divulgación de la política de salud y los cursos de información sobre participación popular en diag-

nósticos locales, programación local y mecanismos de cogestión en salud. En este ámbito destaca la labor de la Escuela de Salud Pública que en 1984 formó 19.000 responsables populares de salud (RPS) y, en 1985, 8.000 RPS, logrando un total de 27.000 RPS a nivel nacional.

7. Participación Intersectorial

La nueva concepción del proceso salud-enfermedad y la aplicación de Políticas de Salud que consideran la salud no solamente como ausencia de enfermedad sino como expresión de una mejor calidad de vida, que contempla la producción, el empleo, la vivienda, el saneamiento, la cultura, etc. ha permitido, en el desarrollo del PIAAS y la participación popular, ratificar que el área de salud contiene también el desarrollo socioeconómico.

Así, el área de salud amplió su entorno con la creación de botiquines de medicamentos, centros infantiles de leche, centros infantiles populares y la creación, en algunos centros, de huertos familiares.

Este desarrollo, basado en la participación popular llamó la atención de otros sectores y ministerios que propusieron la creación, en base al área de salud, de un programa de "áreas de desarrollo social" que contuviera, además de salud, educación y alfabetización, vivienda popular y otros. Lamentablemente, la anticipada convocatoria a elecciones impidió tal articulación intersectorial. Sin embargo, pensamos que la potencialidad de la política de salud y la planificación democrática contiene el germen de un proyecto nacional de desarrollo que la patria reclama con urgencia.

8. Suministros Médicos: Medicamentos e Insumos

Por ser esta política del ministerio uno de los pilares fundamentales del proceso de democratización de la salud y también un importante componente de la atención primaria, es que el análisis profundo de su origen, su desarrollo y evaluación son objeto de un documento especial preparado por el despacho de salud y el INASME.

De todas maneras no podemos dejar de mencionar en una evaluación general de las políticas de salud el tema de los medicamentos.

El medicamento y los insumos médicos son el instrumento básico de la medicina curativa. Esta última es componente activo de la aten-

ción primaria y para nosotros aún más importante en el concepto de democratización de la salud, a través del cual conceptualizamos el hecho de que las acciones de salud deben llegar a todos los ciudadanos del país sin distinción de clases sociales. Hasta el momento de la instalación de nuestra política de suministros médicos el uso de medicamentos y el beneficio de los equipos e insumos médicos estaba restringido a los sectores del país con alguna importancia económica, relegando a los desposeídos.

Para enfocar el verdadero problema médico y económico de los suministros e insumos en salud se creó mediante decreto supremo N° 20.195 del 12 de abril de 1984 el Instituto Nacional de Suministros Médicos (INASME).

Este Instituto nace de la necesidad de tener un ente estatal descentralizado que maneje un área estratégica en salud y en la economía nacional. Las funciones básicas de este instituto fueron concedidas para racionalizar el uso del medicamento, elevar la calidad de la atención médica a través de una adecuada utilización de los productos farmacéuticos y de los insumos médicos disponibles, con el consecuente impacto económico favorable a la nación.

Siguiendo los lineamientos de la OMS/OPS en relación al uso de los medicamentos el INASME evaluó y reformuló el Formulario Terapéutico Nacional adecuándolo a las necesidades epidemiológicas de la patología boliviana. Este proceso de selección de productos farmacéuticos útiles para el país contó con la activa participación de la Comisión del Formulario Terapéutico Nacional, conformada por las Universidades Bolivianas, Colegio Médico, Colegio de Bioquímica y Farmacia, la Dirección Nacional de Farmacias y Laboratorios y la Dirección Nacional de Farmacología del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Además, con la asesoría internacional de técnicos extranjeros de la ONUDI (Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial).

Este mismo criterio de selección de medicamentos por necesidad epidemiológica ha servido no sólo para reducir el vasto espectro de medicamentos que ingresaban al país, sino para mejorar su calidad en relación a un adecuado efecto farmacológico sobre cada una de las patologías, elevando así el nivel de acción de la medicina curativa. Sin ánimo de alterar las reglas de la libre empresa fue que propusimos a los representantes de ASOFAR y ALIFABOL*, en varias oportunidades, que fueran ellos los que a través de sus oficinas comerciales pro-

* Asociación Nacional de Importadores y Representantes de Fármacos.
Asociación Nacional de Laboratorios de Industria Boliviana.

dujeran o importaran estos medicamentos prioritarios para el país. Por razones de orden político y por representar estos sectores a la oligarquía financiera, negaron su participación en la política de suministros obligándonos a recurrir a mecanismos establecidos con anterioridad por la OMS/OPS. Estos organismos internacionales nos suministraron medicamentos genéricos de las más alta calidad y a precios verdaderamente favorables procedentes de diferentes países. La importación de medicamentos genéricos a través de convenios con organismos internacionales tuvo dos efectos positivos en la política de medicamentos. El primer grupo de efectos se relaciona con el suministro permanente de estos productos a sectores de la población que antes simplemente no tenían acceso al medicamento; además de la utilización de medicamentos específicos para patologías prevalentes. Por otro lado los efectos beneficiosos en el área económica nacional fueron claramente demostrables.

El Director Ejecutivo de la CNSS declaró a la prensa nacional que las importaciones directas de medicamentos efectuadas por reparticiones del Ministerio de Salud produjeron un ahorro de un 60% del presupuesto destinado para los mismos items; COSSMIL, que realizó una importación de medicamentos a través del Ministerio, también ahorró un monto similar.

Este efecto de ahorro para las instituciones de la seguridad social se repitió para el Ministerio y para algunas instituciones privadas que requirieron los servicios del INASME como CORDECRUZ, Asociación de Cañeros del Oriente, etc.

Por otro lado también fue positiva la medida para demostrar al sector importador de medicamentos que su margen de comercialización era y es elevado.

El INASME en un año y meses de vida ha importado medicamentos para abastecer a la Seguridad Social, a las dependencias del Ministerio para programas de atención primaria, para abastecer a programas de salud de la Iglesia Metodista y Católica, y como balance final, no sólo ha llevado el medicamento a sectores que antes no tenían acceso, sino que lo ha puesto al alcance económico de toda la población.

Por otro lado la política de centralización de las donaciones de medicamentos e insumos a través de un organismo conector de las necesidades de fármacos a nivel nacional ha hecho que los productos farmacéuticos donados cumplan su verdadera función de llegar a la población más necesitada.

En relación a la política de suministros de insumos hospitalarios también se ha demostrado a través del INASME que sin disminuir la calidad de éstos, se ha impactado positivamente en la economía de centros hospitalarios tan importantes como el Hospital de Clínicas de la Ciudad de La Paz o el Hospital Viedma de la Ciudad de Cochabamba.

Dentro del proceso de distribución de los medicamentos para la población en general, habíamos llegado a un acuerdo inicial con las farmacias particulares para que sean ellas las que distribuyan estos productos, pero al igual que ASOFAR y ALIFABOL este sector de comercialización del medicamento ha bloqueado sistemáticamente su distribución obligándonos a instalar Farmacias Populares e Institucionales que actualmente funcionan en todas las Unidades Sanitarias del país. La respuesta al problema del abastecimiento ha sido dada por el INASME en forma responsable y científica.

El INASME es parte importante de la atención primaria y al igual que los comités populares de salud es parte de los logros de la colectividad organizada.

9. Actividades para bajar la elevada tasa de mortalidad infantil

En base a diferentes estudios fragmentarios sobre mortalidad infantil que señalan cifras de 300 por mil ó 170 por mil, elegimos como cifra de trabajo una mortalidad infantil de 200 por mil y nos impusimos el objetivo de reducirla a la mitad en dos años. Podría parecer pretencioso tal objetivo, pero se justifica si consideramos que las causas de tan elevada mortalidad son enfermedades fáciles de prevenir o curar como las diarreas agudas, bronconeumonía o el sarampión. Estábamos conscientes de que no podíamos precisar ciertas cifras por la insuficiencia de nuestros registros estadísticos, pero que el daño era notorio y exigía una solución con carácter de urgencia. De este modo, sin ingresar en preciosismos de investigación para cuantificar cifras, iniciamos medidas para desarrollar la atención primaria de salud, combatir la desnutrición, impulsar masivamente las inmunizaciones, desarrollar obras de saneamiento básico, y en la medida de nuestras posibilidades mejorar la atención hospitalaria.

Estas actividades se cumplieron, no en el orden que presentamos a continuación, sino por prioridades y urgencias planteadas por los Comités Populares de Salud, las cuales posteriormente se fueron estructurando.

Desarrollamos así las cuatro últimas líneas de fuerza indentificadas en las líneas de acción prioritaria, que se pueden resumir en los siguientes puntos:

a) *Programa Integral de Actividades en Areas de Salud*
PIAAS

Este programa fue uno de los mayores logros de las políticas de salud. Médicos jóvenes, después del curso de formación social ya descrito, se convirtieron en representantes y multiplicadores de la nueva filosofía de la salud y se integraron tan a profundidad en el medio social, que no por apariencia sino por determinación de necesidades compartidas con los pobladores de las áreas rurales o urbanomarginales terminaron cambiando el delantal blanco elitista por la chamarra y el traje sencillo de trabajo sustituyendo en el fondo la mentalidad médica biologista por la interpretación socio-médica y el planteamiento de nuevas formas de superar las precarias condiciones de salud de nuestro pueblo. Adoptaron como símbolo de su identidad la Kantuta, flor emblema de la nacionalidad y crearon por sí mismos importantes actividades de desarrollo sociocultural en cada área, convirtiéndose no sólo en buenos médicos, sino en compañeros de anhelo y de reivindicación de las poblaciones menos favorecidas.

En las zonas urbano-marginales se delimitó el área de salud por el espacio que abarca una Junta Vecinal u otra organización social hegemónica, dentro de la cual se impulsa la organización de un Comité Popular de Salud, que en ningún caso reemplaza o compite con las organizaciones existentes, sino que nace de ellas para sumar esfuerzos en defensa de la salud de todos. Habitualmente la población de un área de salud no excede de 6.000 personas, pero tiene grandes variaciones. En el área rural un área se define más que por el número de habitantes por las posibilidades de comunicación de una o más comunidades campesinas.

El Comité Popular de Salud, conjuntamente con el médico del PIAAS, realiza el censo de su zona e identifica los problemas que afectan a la población, las enfermedades predominantes, los problemas de saneamiento y los problemas económico-sociales y de relaciones de trabajo, y plantean soluciones para cada problema demandando la participación interinstitucional y popular.

Prioritariamente cada PIAAS programa las siguientes actividades:

a.1. De Medicina Preventiva:

Imunizaciones, URO-Popular, Nutrición; CIP-CIL, Sistema de Vigilancia de Alimentación y Nutrición (SISVAN), Bocio, Salud Oral.

Campañas específicas en zonas endémicas.

a.2. Educación

Alfabetización con SENALEP*, Educación para la Salud.

a.3. Discusión permanente con los Comités Populares de Salud para encontrar soluciones a problemas socio-económicos (laborales, abastecimiento, transporte, etc.).

El área de salud conjuga región, espacio y sector. Es el territorio de realización y desarrollo tanto de la participación popular organizada cuanto del fortalecimiento institucional.

El área de salud conceptualizada como espacio geográfico, con límites conocidos y población identificada, es el centro donde se cristaliza y objetiviza la coestión social, que busca la solución de los problemas del sector salud como parte de la problemática social que vive esa Unidad geográfica poblacional y de servicios, donde el "derecho a la salud" se objetiviza en consigna y acción, en identidad programática y de servicios.

De la misma manera en que la estrategia de participación popular organizada radica en el desarrollo del Comité Popular de Salud, el PIAAS se convierte en instrumento de la estrategia de Atención Primaria de Salud.

El PIAAS, en consecuencia, se define en una triple dimensión como marco de referencia conceptual para el desarrollo de las Políticas de Salud, como instrumento de programación del Area y como instrumento que consolida la Participación Popular Organizada.

El PIAAS, a través de acciones sobre los grupos prioritarios: madre, niño y trabajador, concreta la nueva política de salud, ampliando el autoconocimiento social, la difusión democrática del saber médico y de los problemas de salud y la articulación intersectorial con programas de educación, vivienda y otros, y sus atenciones se realizan completamente libres de costo.

La ejecución del PIAAS se planteó en tres fases:

- Pruebas de campo
- Reajuste de instrumentos técnico-normativos
- Implantación Nacional.

En el año 1984 se desarrollaron 150 áreas de salud, alcanzándose a mayo de 1985 350 áreas y pretendiéndose alcanzar como meta de 1985 las 500 áreas de salud.

* Servicio Nacional de Educación Popular.

b) Inmunizaciones

La participación social en las campañas de inmunización, en aquello que se denominó “Movilizaciones Populares”, permitió mejorar radicalmente las coberturas en operativos ejecutados en un solo día en todo el país. Los logros alcanzados por esta vía pueden ser resumidos de la siguiente manera:

Poliomielitis:

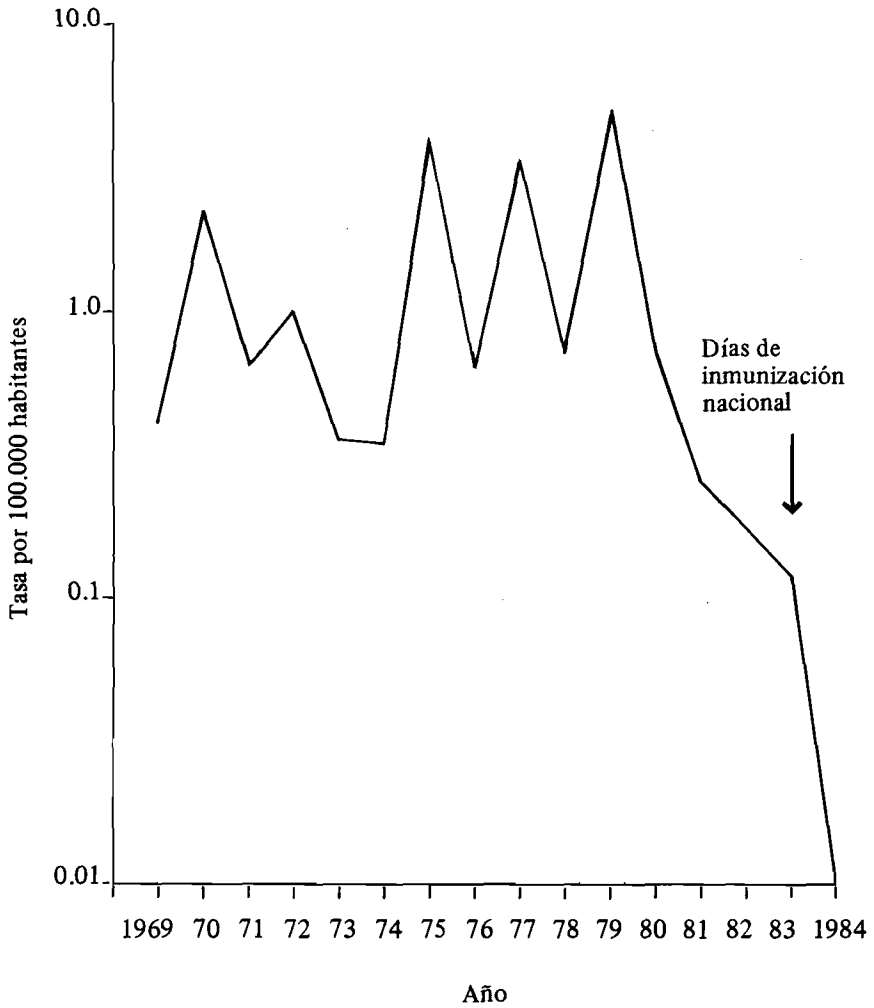
Mientras en 1983, la cobertura de vacunación con tercera dosis llegó al 30% de la población susceptible (menores de 3 años), con las tres movilizaciones populares de vacunación que se realizaron desde el 9 de octubre de 1983 al 12 de febrero de 1984 se logra incrementar la cobertura al 80% de la población menor de 6 años de edad. Destaca el hecho de que la cobertura urbana es mayor del 94,2% y la cobertura en el ámbito rural, por primera vez en la historia epidemiológica del país, sobrepasa el 60% de población cubierta.

El impacto de las vacunaciones antipoliomielíticas se puede rendir cuando comprobamos que de 138 casos en el período 1975-77, se mantiene en 121 casos en el período 1978-80, mostrando un drástico descenso en 1983 con sólo 7 casos y ningún caso en el año 1984.

De esta manera, Bolivia se inscribe dentro de los países que no registran casos de poliomielitis en las Américas, como se puede ver en el cuadro que reproducimos del “Programa de Inmunizaciones en las Américas” publicado por OPS (CE 95/15) (Esp). La gráfica que ilustra esta situación, demuestra nítidamente el impacto de la movilización popular en la morbilidad anual notificada.

GRAFICO 1

MORBILIDAD ANUAL NOTIFICADA (POR 100.000 HABITANTES) DEBIDA A POLIOMIELITIS, BOLIVIA, 1969 - 1984



Cuadro A
Número de casos de poliomiélitis en las Américas, por país,
1975 - 1984

País	Nº promedio de casos		Nº de casos			
	1975-77	1978-80	1981	1982	1983	1984
Bermuda	—	—	—	—	—	—
Canadá	1	4	—	—	—	—
E.U.A.	13	20	7	9	12	7
Anguila	—	—	—	—	—	—
Antigua y Barbuda	—	—	—	—	—	—
Bahamas	—	—	—	—	—	—
Islas Vírgenes						
Británicas	—	—	—	—	—	—
Islas Caimán	—	—	—	—	—	—
Cuba	—	—	—	—	—	—
Dominica	—	—	—	—	—	—
Grenada	—	—	—	—	—	—
Haití	25	16	35	35	62	27
Jamaica	—	—	—	58	—	—
Montserrat	—	—	—	—	—	—
Santa Lucía	—	—	—	—	—	—
San Cristóbal/Nieves	—	—	—	—	—	—
San Vicente	—	—	—	—	—	—
Trinidad y Tobago	—	—	—	—	—	—
Islas Turcas y Caicos	—	—	—	—	—	—
República Dominicana	63	107	72	70	7	—
Guayana Francesa	—	—	—	—	1	—
Belice	—	2	—	—	—	—
Costa Rica	—	—	—	—	—	—
El Salvador	38	23	52	16	88	19
Guatemala	39	116	42	136	208	17
Honduras	78	101	18	8	8	76
México	710	966	186	98	232	137
Nicaragua	26	36	46	—	—	—
Panamá	—	—	—	—	—	—
Bolivia	138	121	15	10	7	—
Brasil	2.807	1.854	122	69	45	82
Colombia	525	305	576	187	88	18
Ecuador	45	10	11	11	5	—
Guyana	2	—	—	—	—	—
Paraguay	74	20	60	71	11	3
Perú	136	120	149	150	111	102
Suriname	—	—	—	1	—	—
Venezuela	44	34	68	30	—	—
Argentina	2	22	5	10	26	—
Chile	—	—	—	—	—	—
Uruguay	6	—	—	—	—	—
Total	4.772	3.877	1.464	969	911	489
Número de Países	19	18	16	17	15	11

SARAMPION

Mientras en el año 1983 se vacunó al 28% de la población susceptible, y se presentaron 2.034 casos con un registro de 203 defunciones por sarampión; en la gestión 1984, con la participación popular se logró vacunar el 62% de 805.965 niños susceptibles. Aún no se cuenta con información depurada del número de casos de sarampión a nivel nacional, pero constituye un buen indicador de impacto el hecho de que en Unidades Sanitarias tan importantes como Cochabamba hayan referido sólo 4 casos; de la misma manera el Hospital del Niño de La Paz, donde anualmente debían atenderse fuertes epidemias de Sarampión, sólo registró tres casos en 1984 y ninguno de enero a junio de 1985. En todo el Departamento de Santa Cruz no se han registrado sino 6 casos después de la vacunación.

DIFTERIA Y TETANOS

Hasta fines de 1983, ninguna persona mayor de 12 años recibió vacuna D.T. lo cual favorecía la incidencia cada vez mayor de Tétanos Neonatal, daño que en los llanos y valles alcanza una letalidad de alrededor del 70%. En la gestión 1984, se programó vacunar 305.254 mujeres de 12 a 18 años de edad, habiéndose vacunado el 56% del total programado.

FIEBRE AMARILLA

La presencia del *Aedes Aegypti* en la ciudad de Santa Cruz, la existencia de fiebre amarilla selvática en las regiones circundantes y el consiguiente riesgo de su urbanización hizo que se decidiera llevar adelante un programa intenso de vacunación contra la Fiebre Amarilla y un programa sostenido de vigilancia y control de *Aedes Aegypti*.

En 1983, a sugerencia del II Congreso de Unidad Campesina, organizado por la Confederación Sindical Unica de Campesinos de Bolivia, se llevó adelante un programa de movilización popular de vacunación contra la Fiebre Amarilla, el mismo que se extendió del 17 de octubre al 14 de noviembre de 1983.

La estrategia de vacunación fue discutida con los Comités Populares de Salud de las zonas a vacunar, siendo los sindicatos agrarios los encargados de elaborar los cronogramas de trabajo y de convocar a sus comunidades a través de sus Responsables Populares de Salud (RPS) facilitando de esta manera la labor de las brigadas de vacunadores. Los resultados obtenidos se presentan a continuación:

Cuadro B
VACUNACION CONTRA LA FIEBRE AMARILLA
 17 de octubre al 14 de noviembre de 1983

Unidad Sanitaria	Población Programada	Población Vacunada	Cobertura %
Total:	108.234	92.334	85,3
La Paz	26.944	17.167	63,7
Cochabamba	21.027	17.252	82,1
Tarija	26.854	28.378	105,7
Chuquisaca	17.409	13.044	74,9
Santa Cruz	16.000	16.493	103,1

Los logros obtenidos en coberturas de vacunación permiten tener poblaciones establecidas, bien protegidas, ya que de dos millones de personas consideradas en riesgo, se tiene en la actualidad aproximadamente 1.743.334 vacunados.

Desde 1948, no se han presentado casos de Fiebre Amarilla Urbana. En cuanto a la Fiebre Amarilla Selvática se han presentado los siguientes casos en los últimos 5 años:

Cuadro C
CASOS DE FIEBRE AMARILLA SELVATICA ENTRE
 1980 y 1984

Número de casos	1980	1981	1982	1983	1984
	46	102	75	11	3

c) Unidades de Rehidratación Oral

Constituyendo la diarrea la primera de las diez causas de mortalidad infantil, la política de salud orientó sus acciones al desarrollo de campañas masivas de rehidratación precoz para prevenir los problemas emergentes de las enfermedades diarreicas.

En 6 meses, mediante la movilización de los comités populares de salud, se repartieron 500.000 sobres de sales de rehidratación que se extendieron tanto en el ámbito urbano cuanto en las más pequeñas comunidades campesinas. Esta campaña estuvo acompañada de un

importante componente de educación popular que posibilitó la comprensión del peligro de la diarrea, sus causas y las formas de control en las que se incluía la elaboración del suero casero.

La ejecución de este programa permitió un importante descenso en la hospitalización por esta causa; por ejemplo en el Hospital del Niño de la ciudad de La Paz, de 495 casos registrados en 1983, se redujeron a 267 casos en 1985.

d) Nutrición

Las elevadas cifras de prevalencia de la desnutrición infantil que en la población pre-escolar alcanzan y sobrepasan el 50%, indujeron a buscar soluciones de emergencia. Frente a problemas tan agudos y habida cuenta de la grave crisis económica del país, no podíamos plantear siquiera la solución del problema a través del incremento de la producción agrícola o de otras políticas alimentarias, que si bien es urgente ponerlas en marcha, sus resultados no son para el corto plazo.

Durante varios años el país había estado recibiendo leche en polvo y otros alimentos como donaciones de diferentes fuentes. Donaciones que se distribuían en forma irregular a través de programas paternalistas que no habían logrado efecto alguno. Diseñamos un programa de alimentación suplementaria específicamente destinado a niños menores de seis años, que fue presentado al Programa Mundial de Alimentos con apoyo de la Organización Mundial de la Salud. El programa ha sido aceptado. Mientras tanto obtuvimos que OFINAAL —Oficina Nacional de Asistencia Alimentaria— nos entregara 680 toneladas de leche descremada y 120 de butter oil de la donación de la Comunidad Económica Europea y nos proporcionara en calidad de préstamo mientras lleguen los alimentos del P.M.A., cinco alimentos básicos para los Centros Infantiles Populares. Los requerimientos aprobados para el primer año programado, incluyendo las raciones alimentarias que se debe entregar a las cuidadoras populares, son los siguientes:

Harina de trigo	276.0 T.m.
Carne enlatada	74.4 T.m.
Aceite vegetal	93.6 T.m.
Leche descremada	124.8 T.m.
Sal yodada	21.6 T.m.

CENTROS INFANTILES POPULARES - CIP

Estos centros son formas simplificadas de Guarderías Infantiles que funcionan en locales propios de la comunidad, adaptados para

disponer de cocina, comedor, baño, sala de reposo y recreación de los niños que permanecen en el centro todo el día y reciben desayuno, almuerzo y merienda. Son atendidos por voluntarias elegidas por su Comité Popular de Salud, las que trabajan a cambio de 5 raciones de alimentos para su familia y un bono de transporte. Estas voluntarias son entrenadas por el equipo técnico de los CIP en áreas de cuidado de la salud, educación inicial y estimulación temprana, administración, alimentación y nutrición a un nivel básico elemental en un curso de 10 días con clases teóricas y prácticas. Trabajan bajo la supervisión de los médicos del PIAAS y del equipo técnico del CIP y los RPS, de modo que su formación continúa con enseñanza en servicio.

El CIP es una forma alternativa y no institucionalizada de solución a los problemas que afectan a niños en situación de alto riesgo, comprendidos entre los 8 meses y 5 años de edad provenientes de los sectores urbano-populares. Sus cuidadoras son, en la práctica, madres de familia de la misma zona cuyo trabajo voluntario nace de su propia condición de madres y de la solidaridad con sus vecinas de barrio.

El CIP se proyecta además como centro rector de las URO populares de su barrio y facilita otras labores de prevención, como inmunizaciones y unidades de aplicación de flúor para prevenir la caries dental.

CENTROS INFANTILES DE LECHE - CIL

La imposibilidad de organizar CIPS en todos los barrios condujo a la creación de centros todavía más simples que ofrecen al mismo grupo etáneo —niños de 8 meses a 5 años— un vaso de 250 cc. de leche por día.

También los CIL funcionan en base a la solidaridad de los Comités Populares de Salud. Un grupo elegido por el Comité se responsabiliza de recibir la leche descremada y el aceite de mantequilla, almacenarlos adecuadamente para períodos de 30 días y distribuir las cantidades requeridas en forma diaria. Grupos de 5 madres se turnan cada tres o cuatro días según lo disponga cada comité, para encargarse de la preparación de la leche mezclándola con el aceite de mantequilla y de la distribución personal a cada niño que acude con su propio vaso a recibir su ración diariamente, en algunos centros en las mañanas y en otros en las tardes.

En esta labor cooperan todas las madres de la zona atendida. Habitualmente en cada CIL se agrupan 200 niños. Las madres son supervigiladas por el equipo técnico y los médicos del PIAAS, quienes

se encargan, además, de hacer el control de crecimiento y desarrollo a los niños de cada CIL.

La meta fijada es de 156.300 vasos/día distribuidos de la siguiente manera en 751 centros infantiles de leche.

Cuadro D
METAS DE COBERTURA DE LOS CIL
A NIVEL NACIONAL

	vasos/día	CIL
La Paz	78.000	341
Chuquisaca	5.000	25
Cochabamba	19.000	95
Oruro	12.000	60
Potosí	11.000	74
Tarija	5.300	26
Santa Cruz	24.000	120
Beni	1.000	5
Pando	1.000	5
Total	156.300	751

Es importante resaltar la coestión en las actividades cotidianas de los centros infantiles de leche, donde la participación popular de los CPS y los RPS asume el control de fiscalización, preparación y movilización desde el momento de la entrega de las cantidades requeridas de leche en los centros de almacenamiento zonal hasta el beneficiario.

La participación institucional asume la responsabilidad diaria de supervisión con los médicos del PIAAS y las Unidades Sanitarias en el interior del país.

Las proyecciones de este programa son las de establecer centros infantiles de leche bajo esta modalidad, utilizando la ayuda alimentaria de la Comunidad Económica Europea para crear planes regulares nacionales y sectoriales en CILES, fabriles, mineros, rurales, etc.

SISVAN

El Sistema de Vigilancia Alimentario Nutricional es un procedimiento de evaluación continuada de la producción, comercialización y consumo de alimentos que combinan dos fuentes de información, una primera obtenida por encuesta a llenar por las madres y los niños en edad escolar y otra de la cartilla de crecimiento y desarrollo que

los médicos del PIAAS y otros profesionales del país llenan con los registros de peso y talla. El programa está en curso y sus resultados no podrán evaluarse hasta fin de año.

e) Bocio

En enero de 1984 se puso en marcha el Programa Nacional de Lucha contra el Bocio-PRONALCOBO.

Estudios realizados entre 1983 y 1984 en 288 localidades de todo el país, de las cuales 9 eran urbanas y 279 rurales, mostraron una prevalencia de bocio endémico en el 65,5% de niños de 6 a 18 años. El estudio permitió clasificar 94 localidades de alto riesgo en bocio, otras 70 de mediano riesgo y el resto como de bajo riesgo.

Para las zonas de alto riesgo se definió aplicar aceite yodado inyectable. En base a tal criterio el Proyecto Chuquisaca, donde se sitúan localidades de alto riesgo, ha iniciado la aplicación de aceite yodado con movilizaciones semejantes a las de vacunación masiva y se está aplicando 0,5 ml. a los niños de 2 a 5 años y 1,5 ml. al resto de la población de 6 a 40 años de edad. Se han aplicado ya 15.000 dosis y se tiene programado utilizar 200.000.

En las zonas de mediano riesgo se está distribuyendo lugol, 7 gotas por semana y por persona, administradas de una sola vez por vía oral.

Independientemente de estos procedimientos para las zonas de mayor prevalencia en bocio, se está llevando a la práctica para todo el país un programa de sustitución del uso de sal común por sal yodada en todos los hogares.

Hemos instalado en el Instituto Nacional de Laboratorios de Salud INLASA un sistema de control de calidad de la sal yodada de alta precisión que nos ha permitido retirar del comercio las sales que se decían yodadas y no respondían a los requerimientos. Se está distribuyendo yodato de potasio para yodar la sal a todos los productores de sal y se ha distribuido a varias cooperativas aparatos sencillos que muelen y yodan sal.

La colaboración del gobierno de Italia a través del UNICEF está financiando todo el programa. De este modo esperamos que a fin de año podamos disponer de cerca del 80% de los requerimientos del país en sal yodada que están calculados en 23.000 toneladas. En Bolivia tenemos la ventaja de que la producción de sal se concentra

prioritariamente en el gran salar de Uyuni y con sólo lograr ventajas en el transporte para la sal yodada a costa de la sal sin yodo se puede distribuir en todo el país sal yodada al mismo o a menor precio que la sal común, sin descuidar a las pequeñas cooperativas de otras partes del país que también están recibiendo el estímulo necesario para yodar su sal.

Paralelamente se está desarrollando un intenso programa educativo que utiliza diferentes medios de comunicación social para destacar las ventajas del consumo de sal yodada y todas las formas de prevenir el Bocio.

A nivel médico se tiene programado incentivar investigaciones diversas que retroalimenten el programa y permitan ajustarlo continuamente de acuerdo a las necesidades del país. Hasta el presente se han identificado los siguientes temas de investigación: 1) Beneficio de la sal yodada para consumo animal; 2) Métodos alternativos de yodación de sal en bloque; 3) Contenido de litio en los yacimientos de sal; 4) Prevalencia del cretinismo endémico; 5) Beneficio del uso de aceite yodado por vía oral comparado con la vía parenteral.

f) Salud oral

Pese a enormes restricciones financieras y a la falta de recursos humanos y materiales en el campo de la salud oral, durante la gestión pasada (1983), se registra un ligero incremento en las actividades realizadas en el ámbito nacional, es así que en la Unidad UPAUF se practicaron 182.107 actividades; 83.628 consultas; 102.880 exodoncias y 17.787 obturaciones. Se ha fijado como meta aumentar coberturas mediante la implementación de nuevos programas de Atención Odontológica.

Se han priorizado actividades preventivas con las que es posible beneficiar a 500.000 niños mediante la aplicación de técnicas de prevención específica contra la caries dental utilizando compuestos de flúor mediante las técnicas de:

- a) Auto-Aplicaciones
- b) Fluoración del agua potable
- c) Fluoración de sal de cocina

En actividades para la Educación en Salud se tiene diseñados carteles, rotafolios, slides y macro modelos de educación. Con la cooperación de UNICEF se tiene diseñado un Manual Administrativo que contempla la descripción de funciones de todos los niveles.

Igualmente se ha diseñado la atención dental escolar por el método incremental a través de 20 consultorios móviles que permitirán resolver realmente las necesidades de salud oral en la población escolar.

g) Campañas específicas en zonas endémicas

Bolivia es un país que por su ubicación geográfica y por su escaso desarrollo tiene que confrontar una amplia gama de enfermedades tropicales. La falta de recursos económicos y técnicos ha obligado a priorizar urgencias para concentrar los esfuerzos en el ataque a enfermedades particulares, ya sea por el mayor daño que provocan o por el mayor rendimiento de las acciones que se pueda realizar. De este modo, sin descuidar los programas tradicionales contra la lepra, la rabia, las parasitosis intestinales, la fiebre hemorrágica, etc., en los cuales también se han hecho innovaciones, queremos destacar lo que se ha hecho en dos enfermedades concretas: Malaria y Chagas.

MOVILIZACION POPULAR CONTRA LA MALARIA

Se superó la verticalidad del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, que en forma paternalista y tecnocrática utilizó la participación de los llamados "colaboradores voluntarios" como un anexo auxiliar de planes que por denominarse "científicos" se alejaban de la realidad social del área rural. Entre el 3 y el 12 de noviembre de 1984, se ejecutó la primera movilización popular contra la Malaria en el Noreste del país, donde la transmisión malárica había alcanzado proporciones epidémicas (Provincia Vaca Diez del Beni y Manuripi, Abuná y Federico Román de Pando).

La movilización consistió en activar y consolidar la participación popular organizada asignando tareas de prevención y control de Malaria.

La educación se efectuó por medios de difusión masiva, medios directos y la experiencia práctica de la Movilización. El 3 de noviembre se ejecutaron acciones colectivas de Saneamiento Ambiental, tendientes a eliminar los criaderos del vector. La actividad más sobresaliente consistió en la administración masiva a la población de mayores de 1 año, de Cloroquina y Primaquina durante 3 días (10-12 de noviembre) ejecutada exclusivamente por 1.312 responsables populares de salud (RPS). El personal institucional de salud participó en capacitación, abastecimiento y recolección de información. Los resultados de las actividades de los RPS se muestran en el siguiente cuadro:

Cuadro E
RESULTADOS DE LA MOVILIZACION POPULAR
CONTRA LA MALARIA

Area	Población Programada	Población Tratada	Cobertura %	Muestras Hemáticas tomadas	Puestos de Tratamiento popular
Urbana	17.354	14.960	86,2	12.320	151
Rural	19.702	17.215	87,4	15.800	453
Total	37.056	32.175	86,8	28.120	604

Los puestos populares de tratamiento del área rural continúan funcionando apoyados y abastecidos por el personal institucional de salud. Durante la ejecución de la Movilización se contó con la presencia del Director Mundial de Malaria y altos personeros de la OPS, que aprobaron y elogiaron la estrategia asumida por el país.

En 1983, se llegó a rociar 100.083 casas en todo el territorio malárico del país.

Movilización Antimalárica en Tarija

No incluimos en este informe los resultados de las Movilizaciones Populares Antimaláricas efectuadas en las áreas maláricas del Departamento de Tarija a fines del mes de junio, por no contar todavía con la información consolidada. Sin embargo, en base a la información disponible podemos afirmar que la cobertura alcanzada en medicación colectiva fue superior a la de Riberalta. Es necesario resaltar la participación activa y directa de funcionarios de Salud de la República Argentina, en base al Convenio Binacional de trabajo conjunto en zonas fronterizas suscrito en mayo/85.

La Movilización Popular benefició a 38.000 habitantes residentes en 183 pequeñas localidades, las cuales todas han recibido medicación masiva antimalárica y rociado de sus viviendas con DDT.

CHAGAS

El 7 de julio de la presente gestión de 1985, se cumplió la segunda Movilización Popular Contra la Vinchuca en áreas chagásicas del país. Los resultados al momento son parciales por cuanto la información del área rural está siendo centralizada para su informe final.

Durante la Movilización las organizaciones campesinas realizaron acciones de limpieza y mejoramiento de las viviendas, así como eliminación de las vinchucas.

Se considera que el principal logro obtenido para evitar la domesticación del vector fue que la población relacione el insecto con la enfermedad de Chagas y tome acciones permanentes contra el mismo.

En las zonas chagásicas se han hecho talleres a nivel de las organizaciones populares para difundir el conocimiento de que la vinchuca es el agente transmisor del mal y de las diferentes formas que se puede utilizar para eliminarlo.

Aunque la lucha contra el vector tiene que ser continuada hasta eliminarlo, en las diferentes localidades se han hecho movilizaciones populares para realizar limpieza de las casas asignando a cada Comité Popular un número determinado de casas, con lo cual entre un 60 a 80% de las casas de las zonas chagásicas han sido sometidas a rigurosa limpieza y estamos financiando recursos para pasar a la segunda etapa de mejoramiento de la vivienda para eliminar las grietas de las paredes, con el esfuerzo de los propios moradores y una ayuda suficiente en materiales.

Se ha programado también premiar con útiles escolares a los niños que maten mayor número de vinchucas.

h) Atención de segundo nivel

Obligados por la necesidad de combatir la pésima situación de salud que heredamos de las dictaduras sin poder incrementar los recursos económicos por la magnitud de la crisis, tuvimos que buscar imaginativamente una forma de ubicar el eslabón más débil de la cadena que nos amarraba a la enfermedad y la muerte y concentrar nuestro esfuerzo en ese eslabón. De este modo, priorizamos la atención de primer nivel, dejando para una segunda etapa el desarrollo de los otros niveles de atención. Lamentamos que la magnitud de los problemas que tuvimos que encarar para disminuir rápidamente la proporción elevada de enfermedad y muerte en nuestro país, concentrada en los sectores económicamente más débiles, nos haya impedido atender los requerimientos del segundo y tercer nivel en la medida de sus necesidades. Lo más importante que se hizo en este aspecto fue orientar la cooperación internacional a las necesidades más sentidas, e iniciar la atención libre de costo en los hospitales a través del programa más conocido como "parto gratuito".

ATENCION HOSPITALARIA

Al implementarse las áreas y distritos del Plan Integral de Acciones en Areas de Salud (PIAAS) se desarrolló el sistema de atención

primaria que tensionó los otros niveles de atención en la necesidad de un reordenamiento de recursos.

La Atención Hospitalaria es el lugar donde se cristaliza con mayor fuerza la mentalidad y la práctica tradicional; la acumulación de la práctica popular en salud y el desarrollo de la atención primaria, para garantizar su desarrollo, debían necesariamente considerar la transformación de la práctica hospitalaria.

Es en ese sentido que al efectuarse la regionalización de todas y cada una de las Unidades Sanitarias, se ha identificado los recursos humanos y de equipamiento con que cuentan los servicios de salud de área, distrito y regionales, para de acuerdo a la evaluación de sus necesidades más urgentes, dotarles de los recursos necesarios que permitan su oportuno y eficaz funcionamiento.

Así, en todo el país se ha reordenado al personal ubicado de acuerdo a su formación, tiempo de trabajo y experiencia en el mismo, en el cargo que pueda rendir con mayor eficiencia. Es en ese sentido que el reordenamiento ha permitido revisar caso por caso cerca de 13.000 funcionarios.

En cuanto al equipamiento y redistribución, previo análisis de la situación, se ha distribuido equipos constituidos por mesas de examen, balanzas, tensiómetros, fonendoscopios, y otro equipo de menor importancia.

Este ordenamiento de personal, el equipamiento de servicios y la elaboración de un informe sobre la situación y rendimiento hospitalario y organización de los mismos, efectuada por Atención Médica, permitirá tener bases para lograr un desarrollo hospitalario racionalizado.

En atención hospitalaria destaca la donación del gobierno del Japón con la construcción de edificios y la dotación de equipos de alta tecnología médica para tres hospitales gastroenterológicos ubicados en La Paz, Cochabamba y Sucre y una escuela de Salud Pública construida en Cochabamba, equipada con laboratorios y equipos de diagnóstico de alta calidad.

La cooperación japonesa ha continuado con la construcción y equipamiento de un hospital materno infantil en la ciudad de Trinidad, hospital que es un modelo de instalación en su género. Se está construyendo un hospital general que también será equipado íntegramente en Santa Cruz de la Sierra. Independientemente el Japón ha donado fierro de construcción, con cuya venta se deberían financiar

dos hospitales, uno en Potosí, que por mala comercialización del fierro donado ha perdido el financiamiento para la construcción, llegándose a adquirir todo el equipo del que recientemente se ha ordenado su utilización en el viejo hospital para evitar deterioros por mala conservación. Se está consiguiendo un crédito argentino para iniciar la construcción del edificio. El segundo hospital debe construirse en Cobija y todo su financiamiento está garantizado con una cantidad de fierro que debe ponerse próximamente en remate.

Ultimamente, en mayo de 1985, el gobierno de Cuba nos ha entregado una sala de Terapia Intensiva que se ha construido dentro del Hospital del Niño, dotada de un moderno equipo de alta tecnología, habiendo simultáneamente preparado todo el personal especializado que requiere un servicio de esta índole. Esta donación ha elevado la calidad de servicios que presta el Hospital del Niño gracias a que el completo laboratorio de diagnóstico que forma parte del Servicio de Terapia, otorga atención a todo el hospital e incluso a pacientes de otros hospitales.

ATENCION GRATUITA PERINATAL

El Programa de Atención Gratuita Perinatal se viene desarrollando con actividades que permiten una atención de alta calidad a las mujeres en su período pre-natal, de parto y post-natal, y la atención del recién nacido.

De acuerdo al cronograma trazado, ya se ha implementado esta actividad en los Departamentos de La Paz, Oruro, Potosí, Tarija, Chuquisaca y en la Unidad Sanitaria de Tupiza.

En La Paz, las maternidades del Centro de Salud La Paz N° 1 y el Hospital 20 de Octubre.

En Oruro las maternidades del Hospital General de los Centros Mineros de Huanuni, Huachacollo, Huayllamarca, Challapata.

En Potosí Hospital "Daniel Bracamonte".

En Tarija Hospital San Juan de Dios, Bermejo y Yacuiba. Chuquisaca tiene implementado el programa en el Hospital Gineco-Obstétrico y con el Proyecto de Salud Chuquisaca se implementaron hasta el 15 de julio cinco servicios en el área rural.

La Unidad Sanitaria de Tupiza tiene funcionando tres centros; Hospital General de Tupiza, Villazón y Cotagaita. En esta primera fase se ha distribuido la siguiente cantidad de insumos y drogas:

Maleato de Ergometrina	17.300 ampollas
Ampicilina	48.000 ampollas
Lidocaína	4.750 frascos
Sulfato Ferroso	1.103.000 tabletas
Acido Acetil Salicílico	120.000 tabletas
Paracetamol	120.000 tabletas
Oxitocina	41.000 ampollas
Dextrosa	1.258 frascos
Sulfacetamida Colirio	6.600 frascos
Penicilina Benzatínica	531 frascos
Agua Oxigenada	791 litros
Mercurio Cromo	444 litros
Alcohol	468 litros
Yodo	470 litros
Guantes Quirúrgicos	1.100 pares
Algodón	400.000 gramos

Además de estos insumos se ha dotado a los centros donde se está desarrollando este programa de algún equipo y material que ha permitido efectivizar la "Atención Gratuita Perinatal".

La segunda y tercera fases se están iniciando con financiamiento de OMS/OPS dentro del Proyecto Chuquisaca, que tendrá extensión a otras zonas del país.

i) Saneamiento básico

Los programas de Saneamiento Ambiental tienen como objetivos prioritarios elevar el nivel de salud y aumentar el bienestar social de la población mediante la eliminación o disminución de las enfermedades endémicas.

Estos objetivos se logran atendiendo las necesidades que demanda la población, como el suministro de agua potable de calidad aceptable y en cantidad suficiente, la dotación de alcantarillado y disposición sanitaria de excretas, la eliminación de desechos industriales y domésticos, el suministro de alimentos exentos de contaminantes y en condiciones higiénicas; la eliminación de contaminantes en la atmósfera, agua y suelo, el mejoramiento de la vivienda, la recreación y la conservación ecológica.

Saneamiento Ambiental así concebido ha podido desarrollar el siguiente trabajo:

PROGRAMA DE SANEAMIENTO BASICO RURAL

Consistente en la construcción de Sistemas de Agua Potable, mediante la captación de alguna fuente (pozo vertiente, etc.), tanque (elevado o superficial), red de distribución y la instalación de pilas intradomiciliarias, además de la correspondiente construcción de la letrina sanitaria.

Proyecto AID - U - 058

Este proyecto está dirigido a los Departamentos de Cochabamba y Norte de Chuquisaca, con un crédito externo de cuatro millones de dólares americanos, y trescientos sesenta mil dólares de donación y en aporte del Gobierno y Comunidad de aproximadamente ochocientos mil dólares americanos.

Durante la vida del Proyecto se han concluido 38 sistemas de agua que benefician a un total de 19.554 habitantes; también se terminaron 7.483 letrinas y 22 tanques sépticos.

Al presente, se encuentran en etapa de construcción 14 sistemas de agua potable.

Hasta fines de 1986, fecha de conclusión del Proyecto, deben concluirse 127 sistemas de abastecimiento de agua potable, para lo cual se ha aprobado un Plan de Implementación que establece su accionar dinámico con el denominado PARI PASSU (pasos iguales).

Proyecto de Desarrollo Rural Integrado PDRI

Este Proyecto se encuentra financiado por el UNICEF y su desarrollo en Saneamiento Básico es coordinado entre las Corporaciones de Desarrollo y Jefaturas Regionales de los Distritos de Saneamiento Ambiental de Potosí, Oruro, Tarija y Chuquisaca con acciones en Micro regiones en los indicados Departamentos, como construcción de sistemas de abastecimiento de Agua Potable, instalación de bombas de mano en pozos excavados y letrinas.

Proyecto de El Alto de la Ciudad de La Paz

Con el apoyo de UNICEF con materiales (tuberías) se instalaron 47 piletas públicas en 21 Villas de El Alto de la ciudad de La Paz, beneficiando a 35.000 habitantes, trabajo que fue coordinado con SAMAPA, encontrándose en construcción dos mingitorios públicos en Villa El Carmen y El Alto de la Alianza.

Proyecto Lago Titicaca

Una casual visita a la isla de Sicuya, conjuntamente con el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, permitió que el Director General de la

OPS tomara contacto con una singular población confinada a vivir en una pequeña isla de no más de dos hectáreas de superficie.

De las 30 familias que viven en la isla sólo los hombres adultos conocen algún territorio ajeno a la isla que visitan para vender pescado; las mujeres y niños no han visto otro ambiente. Expresiones de civismo y fe en el porvenir y en la capacidad de trabajo que expresó un grupo de escolares en canciones arrancaron lágrimas de emoción al Dr. Macedo. Esa impresión se tradujo en una donación personal del Director, con la cual iniciamos en la isla un programa de saneamiento con instalación de letrinas en cada casa, agua potable y una aereo-bomba para surtir un tanque de agua para riego. La isla pasó a llamarse Sicuya de Carlyle y el ejemplo de lo realizado sirvió para que las otras islas se organizaran también en Comités Populares de Salud, con cuya iniciativa se está desarrollando en todas las islas del Lago Titicaca, con el apoyo financiero de OPS/OMS y CARE, un programa de construcción de letrinas sanitarias, pozos excavados con bombas de mano y la construcción de los sistemas de distribución de agua potable.

Proyecto Alto Beni

Con el apoyo financiero de COTESU (Cooperación Técnica Suiza) se está formulando un proyecto para aquella zona.

Proyecto K.F.W.

Con el financiamiento de la República de Alemania Federal se formuló el proyecto para el departamento de Oruro, el cual se encuentra en etapa de evaluación por el Organismo Internacional para el desembolso a partir de 1985 de dos millones de dólares previstos.

CONTROL SANITARIO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

Control de alimentos y bebidas asiste a la comunidad velando por la higiene y la calidad de los alimentos, de manera que lleguen éstos al consumidor en condiciones sanitarias aceptables, evitando así las llamadas "Enfermedades por los Alimentos".

Para cumplir los programas, esta sección ha conseguido tomar contacto con las entidades que tienen relación con esta actividad; por otra parte, ha hecho gestiones ante el Poder Legislativo, para evitar que la atribución que se refiere a Control de Alimentos y Bebidas, que es netamente del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, pase a las Municipalidades. Mediante las Oficinas de Control de Calidad, toma parte en el programa de Campaña contra el Bocio.

IV. SEGURIDAD SOCIAL

La seguridad social

El Código de Seguridad Social Boliviano que fuera promulgado por el Presidente Dr. Hernán Siles Suazo el año 1956, pretendió implantar progresivamente en el país un sistema de cobertura nacional y universal, pues el diferimiento de la incorporación de algunos sectores importantes como los campesinos, trabajadores independientes y otros, sólo se debía en ese momento a razones técnicas, administrativas y financieras que pudieron y debieron ser superadas en los años posteriores.

Seguro de Enfermedad-Maternidad

Retomando el espíritu contenido en el referido Código, y considerando el Sistema de Seguro Social, fundado en la tesis laboral, como etapa previa a la extensión de su cobertura con carácter nacional y universal, el Ministro de Previsión Social y Salud Pública ha tomado la iniciativa, a través del Plan Integral de Areas de Salud, de hacer posible esa meta llevando los servicios de salud hacia las áreas rurales y urbano marginales, no con un carácter de beneficencia, sino dentro del espíritu de una verdadera Seguridad Social, es decir, reconociendo el derecho a la salud de los bolivianos que, a su vez, representa una obligación para el Estado, la cual debe concretarse en alguna forma de financiamiento que garantice la continuidad de los servicios de salud.

La dispersión de las instituciones gestoras de los regímenes de Seguro Social, ha impedido a las mismas ampliar su campo de aplicación de personas protegidas, y en gran medida ha creado condiciones de desequilibrio en el sistema, alejándolo cada vez más de los principios de solidaridad en los que debiera sustentarse. Sin tratar de mejorar los legítimos intereses de los trabajadores actualmente comprendidos en el campo de aplicación de esas instituciones, es necesario que acepten que la pluralidad en la gestión y administración y particularmente la exclusividad de los beneficios de los Seguros Sociales de un 25% de la población, que es la única protegida, daña la solidaridad que es la única fuerza de los asalariados y desposeídos para conseguir sus legítimas aspiraciones.

No se propicia una unidad de gestión y administración que en los hechos y en nuestra realidad política y social actual no parece posible, pero, al menos debe propenderse a una coordinación intra y extra sectorial que haga posible una mejor utilización de los recursos y de la capacidad instalada, en beneficio de toda la población. No debe.

perderse de vista que, en último análisis, son los consumidores de bienes y servicios los que financian dentro del contexto de la tesis laboral las prestaciones de que goza ese 25% de la población que representa la clase trabajadora dependiente, protegida por el Seguro Social, pues los aportes patronales y laborales constituyen parte del "costo de producción" de esos bienes y servicios y se cargan al consumidor.

Es imprescindible proporcionar algún nivel de protección, al menos frente a los riesgos de enfermar y morir al 75% de la población que no goza del derecho a los seguros sociales.

Dentro de este sector de población están las clases mayoritarias y depauperadas de la población boliviana, que huérfanas de atención y pese a su innegable aporte económico al bienestar de las minorías privilegiadas, son las que contribuyen con sus enfermos y muertos a mantener esos medievales índices de nivel de salud que colocan a nuestro país en los últimos lugares del subdesarrollo y la dependencia.

Las minorías privilegiadas deben devolver a esas clases más necesitadas siquiera una parte de la riqueza que han acumulado a costa del hambre, la miseria, la enfermedad y la ignorancia del campesino boliviano. Son ellas las que, por la vía del impuesto, deben financiar ese mínimo nivel de protección al que tienen derecho los campesinos, y es a ellas a quienes corresponde, por elemental principio de justicia social, contribuir a que se eleve el nivel de salud de los más necesitados.

Sólo para que esta contribución no tenga el sentido de una dádiva benéfica denigrante, es preciso que el propio campesino selle su derecho a la Seguridad Social con un aporte, que deberá estar de acuerdo con sus posibilidades económicas, sus medios de producción y sus formas de acumulación de capital. En un principio el nivel de protección necesariamente deberá ser limitado a la Atención Primaria de Salud, que comprende, aparte de las acciones de Prevención y Fomento de la Salud, a aquellas de recuperación que están destinadas a reducir los riesgos de la enfermedad, principalmente en las etapas iniciales de su historia natural, y que se orientan a proteger los grupos sociales de alto riesgo; la madre, el niño y el trabajador campesino, proporcionando a la primera la atención necesaria durante el embarazo, parto y puerperio, al niño a través de las Guarderías Infantiles Populares con sus programas de alimentación suplementaria y estimulación temprana, y al trabajador campesino, mediante acciones de recuperación de la salud, a través del Plan Integral de Areas de Salud.

Se procurará la incorporación al régimen del Seguro de Enfermedad, de los Estudiantes Universitarios que por razones de edad o por

falta de dependencia obrero-patronal, no se benefician de este régimen, y a quienes es preciso proteger, en razón del valioso capital humano que representan para el desarrollo del país.

Seguros diferidos

Los regímenes a largo plazo (riesgos profesionales, vejez, invalidez y muerte) a cargo de las instituciones básicas, delegadas y fondos complementarios, como resultado de la coyuntura inflacionaria que sufre nuestro país, han quedado rezagados en los beneficios que reconocen; es imprescindible que esas instituciones recobren la iniciativa que tuvieron en otras épocas y mediante fórmulas matemáticas de simple aplicación propendan a efectuar reajustes periódicos en las rentas de los pasivos que permitan a éstos contar con medios de subsistencia al menos suficientes para mantener un nivel de vida acorde con su dignidad humana. En este sentido, el Ministerio impulsará y aplicará las medidas que fueren necesarias para hacer efectivos estos reajustes en plazos cortos y de acuerdo a las variaciones del índice de precios al consumidor.

Asignaciones familiares

Las asignaciones familiares que han sido reajustadas en los últimos meses deben adquirir nuevamente su importancia y jugar un papel preponderante en la constitución del salario familiar; se iniciarán estudios a fin de que, pagadas en especie, se constituyan en un medio efectivo de control de precios de los productos básicos de la canasta familiar que con cargo a ellas se otorgue a los asegurados.

En suma, el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública se ha propuesto avanzar en el terreno de la Seguridad Social, procurando ampliar la cobertura actual hacia sectores que, aunque fueron diferidos en su incorporación, no pueden continuar postergados indefinidamente, cualesquiera sean las razones que se utilicen para explicar ese diferimiento; desea además promover una efectiva y eficaz coordinación inter-institucional que procure una mejor utilización de la capacidad instalada y de los recursos existentes, respetando al mismo tiempo la pluralidad de entes gestores.

Procurará por todos los medios a su alcance que las instituciones básicas y complementarias efectúen reajustes periódicos en plazos breves en las rentas en curso de pago de sus pasivos, y procurará que las asignaciones familiares, recuperando su sentido de salario familiar, constituyan para el trabajador y sus dependientes, al mismo tiempo

que un ingreso efectivo, un medio a través del cual se frene la especulación en los precios de los productos básicos de la canasta familiar.

Enfermedades y accidentes profesionales

El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública se halla abocado a buscar los medios más apropiados y conducentes a lograr que se apliquen en las empresas productivas del país, medidas que protejan eficaz y eficientemente los riesgos que lleva implícita la actividad laboral, cualquiera sea la actividad del trabajador. Hasta el presente se ha dado mayor importancia a la reparación del hecho producido y ello no ha conducido a reducir los elevados índices de siniestralidad que registran algunas industrias, particularmente la minera.

La aplicación de tasas de supersiniestralidad no ha dado el resultado esperado, y una vez más los empleadores han mostrado su insensibilidad frente al drama de los miles de silicosos, silicotuberculosos y accidentados que constantemente incrementan la población pasiva. Por ello constituirá principal preocupación de este Despacho el tratar de corregir una situación que no puede prolongarse más tiempo y que desvirtúa uno de los fundamentos del Código de Seguridad Social, la defensa del capital humano del país.



TESIS PROGRAMATICA.

1. CARACTER Y CONTENIDO DE LA PARTICIPACION POPULAR DE SALUD

La participación popular en salud surge bajo tres premisas objetivas y de trascendencia histórica, a saber:

- La experiencia organizativa de las mayorías populares, tanto sectorial (movimiento sindical obrero y campesino) como territorialmente (movimiento vecinal y otras organizaciones).
- El reconocimiento paulatino de la necesidad de mejores condiciones de vida y su lucha por conquistarla, en el que la salud es un derecho que no sólo toca a la atención sanitaria, sino que es esencia misma de la vida humana.
- Las movilizaciones populares en salud surgen como respuesta ante una estrategia planteada por el sector institucional, en una imbricación histórica entre la decisión política del Estado y los intereses de las mayorías nacionales.

Esta participación tiende a ser permanente y continua en la medida en que la práctica social fortalezca la lucha por ese derecho que es la salud.

Las movilizaciones populares en salud, en su desarrollo, necesitan culminar en entes orgánicos que reflejen nuclearmente el interés co-

lectivo y los objetivos a corto, mediano y largo plazo que desean alcanzar.

En este entendido, van surgiendo los comités populares de salud, a nivel de área, expresados en sus similares mayores tanto a nivel departamental, como nacional mediante el Consejo Popular de Salud. No es un movimiento espontáneo, es la respuesta concebida en la esperanza nacional que se refleja en la discusión colectiva en varios congresos departamentales y en el Primer Congreso Nacional que define las tareas que deben ejecutarse y las metas que tienen que alcanzarse.

Es un movimiento independiente al aparato estatal y a las diversas corrientes político-partidarias; aglutinador de todas las instancias organizativas del pueblo alrededor de la conquista al derecho de la Salud.

La articulación de este movimiento con el Estado, está en base a:

- La participación activa en la realización de cada uno de los programas desde su consentimiento, planificación y elaboración, hasta su práctica.
- La existencia en cada área de salud, de un Comité Popular, instrumento de esta participación.
- Práctica de la cogestión en salud, como método de administración de la atención sanitaria, que va de los niveles de área central, en correspondencia con sus organismos tanto populares como institucionales.
- Coordinación activa con todas las instituciones del Estado que tienen acciones en el sector social y que repercuten directamente en el nivel de salud de la población.

Las instituciones no gubernamentales que hacen actividades en salud, son objeto de atención del sector popular, no sólo a efecto de coordinación, sino también de concretar actividades conjuntas concebidas en el marco del PIAAS como instrumento y filosofía.

2. EL CONSEJO NACIONAL COMO INSTRUMENTO

El Consejo es la representación máxima del movimiento popular en salud y está integrado por el campo obrero, campesino y vecinal, conjuntamente a todos los organismos de base existentes.

En su estructura son los comités populares de salud departamentales, distritales y de área los que se supeditan cumpliendo las directrices emanadas de su máxima institución.

El Consejo, según resoluciones del primer congreso, está facultado a tomar iniciativas que tiendan a efectivizar de mejor manera las acciones y programas en salud. Para ello, es imprescindible continuar la labor organizativa de los comités populares de salud, efectivizar la coordinación inter-institucional, coordinar en la realización de los programas, evaluar permanentemente los resultados institucionales y promover la cogestión en todos sus niveles y elementos.

El Consejo, como instrumento operativo de su trabajo tiene:

- Las reuniones periódicas de su comisión ejecutiva en pleno, para evaluación y discusión colectiva.
- Las reuniones nacionales con los representantes de los comités departamentales.
- La Asamblea General con los representantes de todos los comités de salud, ya sea a nivel nacional o departamental, en este último caso, el Congreso se realizará cada año.
- El Congreso Nacional, máxima autoridad, se realizará periódicamente cada dos años.

3. PROPUESTAS PROGRAMATICAS

En el Campo Internacional:

- Hacer suyos los lineamientos de la Declaración de Alma-Ata, para apoyar y conseguir salud para todos en el año 2000, con la participación de todos.
- Apoyar las acciones de UNICEF y de OMS/OPS en defensa y promoción de la salud de todos los seres humanos, y especialmente de los ciudadanos del tercer mundo.
- Trabajar conjuntamente con todos los organismos internacionales, en aras de la salud del pueblo boliviano.

En la Atención Primaria:

- Reconocemos al PIAAS como único instrumento programático de ejecución de atención primaria para alcanzar las metas para todos hacia el año 2000, tomando a la madre, al niño y al trabajador como sus principales objetivos.
- Hacer de cada PIAAS un “polo” del desarrollo social, coadyuvando a la integración paulatinamente a su acción, todos los servicios sociales, en una visión de la planificación - acción.
- Las políticas de salud que incluyen fortalecer los programas actuales de atención primaria, perfeccionando los canales cogestorios a fin de garantizar su continuidad.

- Coadyuvar para que el parto gratuito alcance a cada mujer boliviana y sea reconocido nacionalmente en su práctica diaria.

En la Atención Médica y Hospitalaria:

- Impulsar la coestión que garantice la vigilancia colectiva al trabajo médico y la atención hospitalaria a fin de elevar su efectividad, productividad y resultados de cobertura.
- Promover la conciencia popular en el cuerpo médico del país, a fin de que luche en pro de la salud de su pueblo y sea un aliado eficaz en la consecución de los objetivos.

Sobre los Servicios Básicos:

- Coordinar con todas las instituciones populares, estatales o internacionales que se ocupan del agua, alcantarillado, servicio eléctrico, educación y vivienda, en la ejecución más rápida de sus programas y proyectos.
- Atender las necesidades de servicios básicos en las áreas marginales de las ciudades bolivianas, a fin de luchar contra las patologías prevalentes.
- Organizar movilizaciones populares, a fin de reforzar la infraestructura de los servicios básicos.

Sobre la Seguridad Industrial:

- Encontrar los canales de coordinación y trabajo para el cumplimiento de la Ley de Seguridad e Higiene Ocupacional, luchando contra la dispersión de fuerzas en este campo.
- Promover acciones conjuntas con la Dirección de Seguridad e Higiene Ocupacional del Ministerio de Trabajo y el INSO, a fin de supervisar, evaluar y concientizar sobre los factores de riesgo en el proceso productivo, en las diferentes empresas y unidades de producción, a fin de disminuir los accidentes y enfermedades laborales.

Sobre la Educación Popular en Salud:

- Apoyar y promover conjuntamente con el Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, la realización de cursos integrales de RPS (Responsables Populares de Salud) a nivel nacional, para constituir medios territoriales de recursos humanos populares que trabajen al interior de los comités en la promoción y coestión del servicio sanitario.
- Apoyar, coordinar y realizar conjuntamente a la Escuela Nacional de Salud cursos, seminarios, talleres de trabajo y otras actividades de preparación de RPS mediante los sistemas de educación móvil y apoyo sistemático y continuo al trabajo coestionario en las áreas.

- Ser partícipes activos en la sensibilización, orientación, motivación y fomento de los programas de orientación popular conjuntamente con el Departamento de Recursos Humanos dentro del marco del sistema nacional de recursos humanos.
- Lograr la realización de un apoyo sistemático a los comités populares de salud, en cuestiones referentes a la administración, planificación, análisis de gestión y la investigación de problemas esenciales que hacen el manejo cogestionario del servicio sanitario en área, distrito, departamento y a nivel nacional.

**COMITE EJECUTIVO
DEL CONSEJO POPULAR NACIONAL DE SALUD**

Dr. Javier Torres Goitia	Presidente Honorario	
Toribio Hinojosa	Presidente	La Paz
Walter Ayllón	Vicepresidente	Potosí
Pedro Sigg	Secretario General	Cochabamba
Jorge Velásquez	Secretario Relaciones	Chuquisaca
Julio César Mallón	Secretario de Hacienda	La Paz
Félix Roque	Secretario Actas	Oruro
Mary Eva Vacaflor	Secretaría Organización	Tarija
René Barroso	Secret. Prensa y Propaganda	Tupiza
Simón Vega	Secretario Conflictos	Oruro
Walter Villegas	1 ^{er} Vocal	La Paz
Reynaldo Quilale	2 ^o Vocal	La Paz

**PARTICIPARON EN LA PREPARACION
DE ESTE DOCUMENTO**

Ministro de Prev. S. y Salud	Dr. Javier Torres-Goitia
Núcleo Técnico Normativo en Salud	Dr. Jorge Auza
Núcleo de Planificación	Lic. Julio Mantilla
Núcleo Operativo	Dr. Mario Lagrava
Instituto Boliviano de Seguridad Social	Dr. Francisco de Urioste
Coordinador Nacional de los Comités Populares de Salud	Ing. Hugo Oliva
Director de la Escuela Nacional de Salud	Dr. Armando Mariaca R.
Dirección de Relaciones Internacionales	Lic. Pilar La Serna
	Dra. María del C. Lagrava
Director Nacional de Epidemiología	Dr. Angel Valencia
Director Nacional de Investigación	Lic. Jaime Mallón
Servicio Nacional de Malaria	Dr. Jorge Mariscal
Asesoría en Política de Medicamentos	Dr. Javier Torres-Goitia C.
Departamento de Recursos Humanos	Dr. Guillermo Seoane
Departamento Nacional de Odontología	Dr. Hugo Lozano
Departamento de Saneamiento Ambiental	Ing. Hugo Zuleta
Centros Infantiles de leche - CIL	Lic. José Rivera
Centros Infantiles Populares - CIP	Lic. Jorge Domic.
Secretaría General	Dr. Jorge Irazoque C.

Cooperaron activamente en las actividades, los funcionarios internacionales de UNICEF.

Lic. José Carlos Cuentas Zabala	Oficial de Programa Residente
Bernardette Abegglen	Oficial de Salud
Stanislao Zsaplinsky	Consultor Comunicación Social

de OPS

Dr. Gustavo Mora	Representante Nacional
Dr. Tabaré González	Asesor en Organización de Servicios
Dr. Carlos Linger	Asesor en formación de Recursos Humanos

de PMA

Dr. Germán Valdivia
Dra. Graciela Uriburu

Representante Adjunto
Oficial de Proyectos

COMITES POPULARES DE SALUD

Primer delegado de la Central Obrera Boliviana Sr. Casto Rivera..

Comité Ejecutivo del Consejo Popular Nacional de Salud, elegido en el Primer Congreso Nacional de Comités Populares de Salud - 26 al 28 de abril de 1985.

Presidente Honorario	Dr. Javier Torres-Goitia
Presidente	Sr. Toribio Hinojosa
Vicepresidente	Sr. Walter Ayllón
Secretario General	Sr. Pedro Sigg
Secretario de Relaciones	Sr. Jorge Velásquez
Secretario de Hacienda	Sr. Julio César Mallón
Secretario de Actas	Sr. Félix Roque
Secretaria de Organización	Mary Eva Vacaflor
Secretario de Prensa y Propaganda	Sr. René Barroso
Secretario de Conflictos	Sr. Simón Vega
1 ^{er} Vocal	Sr. Walter Villegas
2 ^o Vocal	Sr. Reinaldo Quilale

NOTA BIOGRAFICA

Javier Torres Goitia fue Ministro de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia desde enero de 1983 hasta agosto de 1985. En su juventud se hizo conocer como dirigente de los universitarios de Chuquisaca, su tierra natal, y posteriormente de la Confederación Universitaria Boliviana. Fue cofundador del Sindicato de Médicos de la Caja Nacional de Seguro Social y de la Confederación Médica Sindical de Bolivia, habiendo permanecido en sus directorios desde su fundación en 1954 hasta el año 1971, cuando pasó a ocupar el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública en el gobierno del General Juan José Torres González. A la caída de este gobierno tuvo que salir a un largo exilio que le permitió cumplir labores docentes en Chile como pediatra y nutricionista y, posteriormente, desde 1976 a 1982, en México, primero como investigador y luego como Profesor de Sociología Médica en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma. En un corto período de recuperación democrática, durante el gobierno de Lydia Gueiler, ejerció las funciones de Embajador de Bolivia en México. Acompañó al Presidente Dr. Siles Suazo desde el inicio de su mandato hasta el final, primero como Presidente de la Junta Nacional de Solidaridad Social, con rango de Ministro, y desde enero de 1983 como Ministro de Salud.

Hugo Torres Goitia, coautor del trabajo "Dependencia Económica y Salud", fue coordinador político del gobierno del General Torres González y Profesor de Economía Política en la Universidad Mayor de San Andrés de La Paz. También exiliado en 1971, ejerce ahora las funciones de coordinador de la carrera de economía en la ENEP Aragón de la Universidad Nacional Autónoma de México.

