

Médicos y enfermeras de hospitales centinelas de Cochabamba frente a los límites de la intervención estatal en la gestión de la pandemia

Luis Fernando Castro López

Grupo de trabajo Llak'aymanta

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-6348-1476>

email: luisflopez@gmail.com

Recepción: 10 de Octubre 2024

Aceptación: 20 de febrero 2025

Resumen: Durante la pandemia las protestas de médicos y enfermeras contra la insuficiencia de insumos de bioseguridad y de personal de salud, fue un hecho que nos lleva a preguntarnos: ¿Cómo y por qué la incapacidad de intervención del Estado, como proveedor de personal, equipamiento e insumos sanitarios, para la preservación de la vida de la población, durante la crisis sanitaria, fue respondida por médicos y enfermeras, para sostener la atención continua de enfermos por COVID19? Para responder nuestra pregunta, en el presente artículo, se analizan los testimonios, recogidos mediante entrevista cualitativa, de médicos y enfermeras de 3 hospitales centinela de Cochabamba sobre la forma en que sostuvieron la atención a pacientes con COVID19, frente a la insuficiente intervención estatal. Además, estos testimonios fueron triangulados con información estadística secundaria sobre el sistema de salud e información estadística de una encuesta realizada a hospitales centinela en Cochabamba. Los principales resultados muestran cómo, ante los límites de la intervención estatal, médicos y enfermeras tuvieron que llevar adelante prácticas de improvisación, adecuación y autogestión de materiales de bioseguridad, además que tuvieron que someterse a jornadas extensas de trabajo y formas de trabajo impago como el trabajo *ad honorem*.

Clasificación JEL: B14, P10, D33

Palabras clave: Pandemia; Políticas estatales; Trabajadores en salud; Salud pública.



Licencia: Cc By

Tipo de Licencia: Attribution 4.0 International

Referencia: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>

Doctors and nurses in sentinel hospitals of Cochabamba facing the limits of state intervention in pandemic management

Abstract: During the pandemic, the protests by doctors and nurses against the insufficiency of biosecurity supplies and healthcare personnel were a fact that leads us to ask: How and why was the State's inability to intervene, as a provider of personnel, equipment, and sanitary supplies, for the preservation of the population's life during the health crisis, responded to by doctors and nurses to sustain the continuous care of COVID-19 patients? To answer our question, this article analyzes the testimonies, collected through qualitative interviews, of doctors and nurses from 3 sentinel hospitals in Cochabamba on how they sustained care for COVID-19 patients, facing insufficient state intervention. Furthermore, these testimonies were triangulated with secondary statistical information on the health system and statistical information from a survey conducted in sentinel hospitals in Cochabamba. The main results show how, given the limits of state intervention, doctors and nurses had to carry out practices of improvisation, adaptation, and self-management of biosecurity materials, in addition to having to submit to extensive workdays and forms of unpaid work such as ad honorem work.

Classification JEL: O10, L82, H83

Keywords: Pandemic; State policies; Health workers; Public health.

Introducción

Durante la pandemia de COVID19, las protestas y movilizaciones de médicos y enfermeras del sector público, exigiendo dotación de materiales de bioseguridad, pago de salarios y contratación de personal, se replicaron en varios departamentos de Bolivia. En Cochabamba, el paro de enfermeras y médicos del hospital Solomon Klein en junio de 2020 (cuarentena rígida) hizo noticia en los medios de prensa. En el periódico “La Patria” se leía lo siguiente: “Más de 30 trabajadores en salud del Hospital del Solomon Klein de Sacaba, centro centinela de Cochabamba, protestaron la mañana de este martes, exigiendo la dotación de ítems, equipos de protección y mejores condiciones de trabajo. Debido a la labor que realizan durante la pandemia del Covid-19” (La patria, 20 de junio de 2020). En septiembre del mismo año, otra protesta de trabajadores en salud, donde también participaron los trabajadores del Solomon Klein, mostró que los problemas en los hospitales centinela¹ continuaron sin resolverse. La nota de periódico a la letra dice: “Los trabajadores en salud de Cochabamba salieron en una numerosa marcha de protesta para reclamar por el seguro de vida para los profesionales que mueren a causa de la Covid-19, el 10 por ciento de recursos para salud y la dotación de equipos de protección de bioseguridad” (Los Tiempos, 05 de septiembre de 2020). Como expresa la nota de prensa, la falta de dotación de equipos, materiales de bioseguridad y condiciones de trabajo, fueron problemas permanentes; pero en el caso de la segunda protesta, la demanda de mejores condiciones de empleo se agregó a la lista de exigencias de los trabajadores en salud pública.

Las notas de prensa permiten identificar que el Estado central y en sus instancias descentralizadas no contaban con la capacidad para asegurar condiciones mínimas de funcionamiento a los hospitales frente a la emergencia sanitaria. Esta situación contrasta con las propias funciones del Estado, en tanto instancia que pretende asegurar las condiciones generales de reproducción de la acumulación de capital (de la fuerza de trabajo) (Alvater, 1976). Se entiende que en una situación de pandemia que amenaza esta reproducción, las instancias estatales intervengan con medidas que contrarresten las consecuencias de la pandemia. Aunque una característica de la Pandemia fue el desconocimiento de protocolos específicos para

¹ En Bolivia se denominó Hospital Centinela a aquel hospital habilitado para recibir y tratar a la población que enfermó de COVID19

tratar el COVID19; de nuestro caso de estudio se colige, que el Estado tuvo “problemas de intervención” (Alvater, 2017) al momento de proveer las condiciones mínimas de funcionamiento de los hospitales centinela, en ese sentido, nos preguntamos: ¿Cómo y por qué la incapacidad de intervención del Estado, como proveedor de personal, equipamiento e insumos sanitarios, fue respondida por médicos y enfermeras, para sostener la atención continua de enfermos por COVID19?

Para responder nuestra pregunta, se recabó información secundaria sobre el funcionamiento del sistema de salud y las políticas estatales, con el fin de tener un panorama de la situación que atravesaba el sector de salud pública cuando llegó la pandemia y, también, para situar las acciones de cada gobierno de turno frente a la situación concreta que se vivía. Luego se realizó un análisis de entrevistas a médicos y doctoras de tres hospitales centinela de Cochabamba, para captar desde su experiencia, las condiciones de trabajo que enfrentaron durante la emergencia de COVID19. Finalmente, la información de las entrevistas se trianguló con algunos resultados de una encuesta realizada a médicos, enfermeras y técnicos de laboratorio y farmacia de los mismos hospitales centinela de Cochabamba.

2. El sistema de salud boliviano cuando arriba la pandemia COVID 19

Después del proceso insurreccional del 2003, etapa de crisis del bloque oligárquico que se sustentaba en una estructura de poder empresarial-militar (Orellana, 2016); el adelanto de las elecciones generales el año 2005 restableció la legitimidad y la estabilidad política del Estado Boliviano. Con el MAS como ganador de esas elecciones, se logró frenar la emergencia de nuevas insurrecciones, pues el nuevo gobierno estuvo compuesto por una capa de representantes políticos ligados a los diversos grupos sociales subalternos que, en las décadas anteriores, estuvieron relegados del espacio estatal gobernado por la oligarquía empresarial-militar (Orellana, 2016).

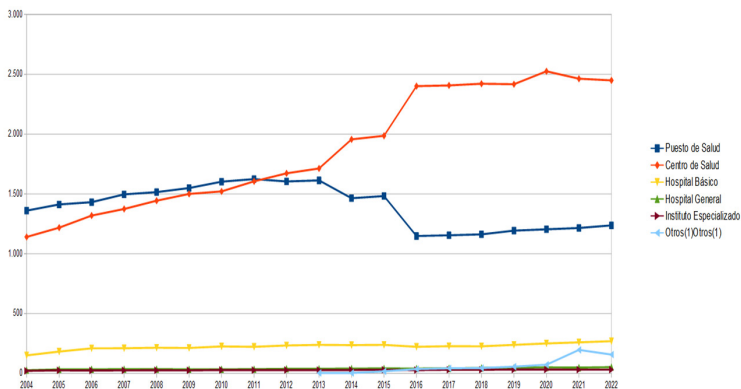
Con el ascenso del MAS al poder, el Estado recupera su autonomía relativa (Orellana, 2006) y con ello su legitimidad frente a las capas subalternas. La recuperación de la autonomía relativa y el establecimiento de alianzas entre el nuevo gobierno y diversos grupos subalternos de campesinos, comunidades

originarias, juntas vecinales y sindicatos obreros, apertura un proceso de reforma asentado en la redistribución del excedente petrolero, que permitió el ensanchamiento del mercado interno y profundizó la intervención Estatal, para el mantenimiento de las condiciones generales de reproducción de la acumulación de capital (Alvater, 1976). En el caso de la salud pública, estos cambios dieron las condiciones para implementar una reforma que amplíe la atención de salud hacia grupos subalternos de la sociedad que, hasta ese momento, tenían un acceso limitado a los servicios de salud pública.

Sin embargo, durante el gobierno del MAS la reforma del sistema de salud fue un proceso contradictorio. Es sintomático que, pese a la amplia participación de los sectores subalternos, las reformas en salud más importantes fueran aprobadas solo desde el segundo periodo de gobierno de Evo Morales. Este es el caso del modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), que fue implementado el 2011, con el cual se buscó extender la atención en salud a poblaciones del campo que no tenían acceso a este servicio.

Figura 1

Bolivia: Establecimientos de salud, según tipo de establecimiento, 1997-2022 (En número)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de UDAPE

El SAFCI tenía el objetivo de “eliminar la exclusión social sanitaria”, relacionando el sistema de salud con otros sistemas de medicina tradicional. Lo paradójico de esta reforma, era que terminaba replicando políticas públicas de gobiernos anteriores como la del “Plan Integral de Actividades en Áreas de Salud”

(PIAAS), implementada en 1982 y de la “Gestión Compartida y Concurrente con Participación Popular” que sirvió para poner en marcha la ley del SUMI; pese a que el gobierno del MAS la calificaba como una medida neoliberal (Arze, 2017). Los efectos de la reforma en materia de salud, con la implementación del SAFCI y el incremento en el presupuesto, se concentraron en la extensión de la atención en primer nivel, como evidencia en la figura 1, el cual muestra un crecimiento significativo de centros de salud desde el 2013. Estos centros se caracterizan por la atención en primer nivel, que consiste en la consulta médica externa, la atención de emergencias básicas y el tratamiento ambulatorio. Mientras que, en el mismo gráfico, también, se muestra que el crecimiento de hospitales básicos y especializados (atención en segundo y tercer nivel) es ínfimo. Por otro lado, la aplicación del SAFCI sirvió para la implementación de una bolsa de empleo eventual para el personal médico:

“Los médicos SAFCI están desparramados en municipios afines al oficialismo, cumplen funciones asistenciales y los que pueden hacen; además, trabajo comunitario con promoción de la salud y educación, pero el SEDES, prácticamente, los ignora. Muchos de ellos son contratados directamente por el Ministerio de Salud y no figuran en las planillas departamentales. Esta situación irregular ha dado lugar a reclamos de los propios médicos SAFCI generando conflictos con esta cartera de Estado como el comentado en la Razón en su edición de 29 de octubre de 2014” (Torres-Goytia, 2017: 47).

En ese sentido, con la reforma del sistema de salud pública, durante el primer y segundo periodo de gobierno de Evo Morales, solo se profundizó ciertas tendencias del sistema de salud heredado de los gobiernos oligárquicos de los años 90. El auge en la captación de excedentes por la venta de gas ayudó a incrementar el presupuesto en salud; pero el único efecto de este incremento fue la extensión de la atención de salud, en las mismas condiciones precarias que tenía el sistema.

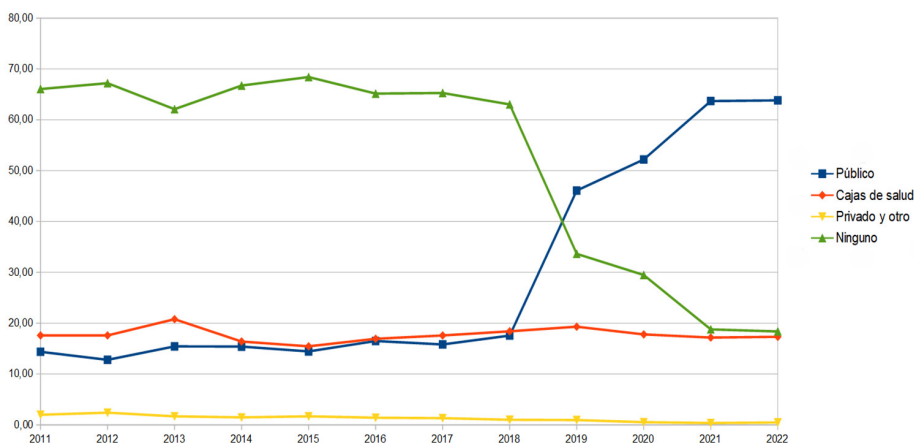
En el 2013 un informe demostró los avances insuficientes en el incremento de la “razón de densidad de recursos humanos” de salud. Mientras que Bolivia presentaba una razón de 14,4 profesionales de salud por cada 10.000 habitantes en los países vecinos la razón era de 25 profesionales por cada 10.000 habitantes (Barrero, 2013). Por su lado, Ortiz (2020), con datos del Sistema Nacional de información en Salud (SNIS) muestra que en 2017 el sistema de salud pública contaba con 4.539 licenciadas en enfermería y 7.231 auxiliares de enfermería, la

razón de densidad por cada 10.000 habitantes era de 6,4% y 10,1% correspondientemente. La reforma en salud del gobierno del MAS no logró resolver problemas estructurales del sistema de salud, aunque si hubo mejoras, la tendencia a extender sólo la atención de primer nivel y las insuficiencias en personal de salud fueron características que se mantuvieron del período oligárquico neoliberal².

No es hasta el 2019 que el gobierno del MAS logra consolidar una reforma que extienda el nivel de la cobertura del sistema de salud, en la figura 2 se puede observar la evolución de la cobertura de los servicios de salud.

Figura 2

Bolivia: Población registrada o afiliada a seguros de salud, según sector, 2011-2022 (En miles y porcentaje)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de UDAPE

Como se observa en la figura 2, el crecimiento de la cobertura con el SAFCI no fue significativo y solo creció desde el año 2019. El reciente crecimiento de la cobertura se debe a la implementación del Sistema Único de Salud (SUS) desde marzo de 2019. El SUS ha consistido en un reordenamiento del sistema de salud, para una ampliación de servicios a las poblaciones excluidas unificando todos los niveles de atención en salud³. Sin embargo, esta ampliación de los

² Arze (2017) indica que lo que se desarrolló con los programas de descentralización administrativa es un modelo de sistema de salud de primer nivel, esta tendencia propia de las políticas neoliberales no fue cambiada por el gobierno del MAS.

³ En el sistema de salud la jerarquización de las instituciones de salud tiene 4 niveles de atención: primer nivel en centros de salud, segundo nivel en hospitales generales, tercer nivel en hospitales especializados y cuarto nivel en institutos de alta complejidad.

servicios de salud pública, promovida con el SUS, no contaba con un presupuesto suficiente. Los problemas de insuficiencia de personal y de equipamiento e infraestructura, se reprodujeron en este nuevo sistema.

La reforma del MAS en la salud pública estuvo enfocada en incrementar la cobertura de sus servicios, con el objetivo de responder a las demandas de diversos grupos subalternos, pero lo hizo extendiendo el antiguo sistema con las mismas condiciones en las que funcionaba. Esta política de ampliación, manteniendo sus condiciones precarias, responde a una contradicción latente con la que se enfrenta el Estado boliviano, por un lado, ser dependiente de una estructura de acumulación primario exportadora, que no garantiza la captación estable de un excedente económico; sino que está sujeta a las oscilaciones del precio de las materias primas; por otro lado, una estructura capitalista periférica, donde la creación de una capa obrera protegida por beneficios creados de la exacción de su propio trabajo es muy baja. Como se muestra en la figura 2, la población cubierta por una caja de salud es menor al 20% y corresponde a los trabajadores asalariados que tienen un empleo que les permite acceder a esos servicios de salud, mientras que el resto de la población está compuesta por asalariados fluctuantes (Castro, 2016), campesinos, trabajadores por cuenta propia y comunidades originarias que, hasta antes del 2019, tenían muy bajo acceso al sistema de salud pública. Con la creación del SUS se consolida la extensión de la cobertura de salud en condiciones precarias, como un mecanismo de legitimación de parte del gobierno neopopulista del MAS, frente a las demandas de las clases subalternas.

2. Atención hospitalaria de COVID: Políticas estatales y procesos de trabajo en salud pública

La condición de precariedad del sistema de salud durante el gobierno del MAS muestra, además, los límites de intervención de parte del Estado boliviano para financiar los servicios comunitarios como el de salud. Estos problemas de insuficiencia de fuerza de trabajo y precariedad de su infraestructura y equipamiento, en tanto problemas estructurales del sistema de salud, pervivieron al cambio abrupto de gobierno, fruto del derrocamiento de Evo Morales y el ascenso del gobierno de facto, encabezado por Jeanine Añez. A continuación, analizamos las medidas estatales durante la pandemia que estuvieron dirigidas a preparar al sistema de salud, para la atención de enfermos por COVID.

2.1. De los problemas de legitimación del Estado a los problemas de activación económica

La llegada del COVID19 a Bolivia se dio en un momento de inestabilidad política por el derrocamiento de Evo Morales y el ascenso del gobierno de facto de Jeanine Añez. La abrupta salida de un gobierno que aún conservaba un lazo político con diversas clases subalternas desestabilizó el “equilibrio de compromiso” (Buci-Glucksmann, 1978) que el MAS trataba de mantener, pese a las iniciales fracturas que sufrió el 2019. Esa situación se agravó con el ascenso de un gobierno que subió al poder de mano de las fuerzas armadas en ruptura con el orden constitucional. Como indica Orellana (2020), el gobierno de Jeanine Añez no subió como parte de un proceso insurreccional; sino de más bien, apoyado en las fuerzas represivas dirigidas a reprimir los movimientos de resistencia populares. Podríamos decir, que cuando llegó la pandemia, el Estado enfrentaba problemas de legitimación por el ascenso de un gobierno apoyado en el ejército y contrario a las clases subalternas que, en años anteriores, sustentaron al gobierno del MAS.

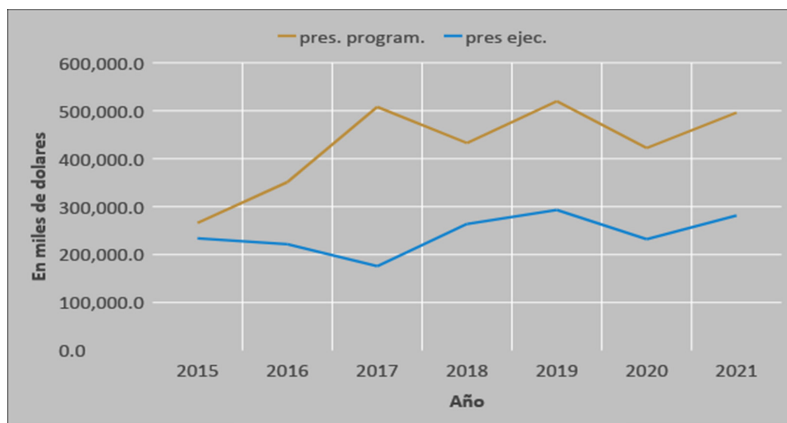
La principal medida del gobierno de Jeanine Añez para controlar la pandemia fue la cuarentena rígida, el establecimiento de esta medida, junto a la poca legitimidad de su gobierno, trajo consigo episodios de resistencia y enfrentamientos entre las fuerzas armadas y la población. En este contexto, Jeanine Añez decretó otras políticas gubernamentales que se complementaban con la cuarentena rígida, por ejemplo, se designó al Estado central como el principal encargado de la gestión de la pandemia, estableciendo la subordinación de los gobiernos locales descentralizados, a las medidas que se decreten desde la presidencia. Por otro lado, el gobierno de Jeanine Añez también aprobó una serie de decretos que permitían la compra urgente de medicamentos, insumos de protección y la contratación de personal médico⁴; sin embargo, esta situación contrastaba con los episodios de movilización de médicos y enfermeras frente a la falta de condiciones de trabajo que se vivió durante la cuarentena. Nos encontramos frente a la hipótesis de que, pese a la aprobación de medidas de contingencia para el equipamiento urgente de los hospitales, en los hechos, el gobierno de facto se concentró en la represión física para mantener la cuarentena rígida, es decir, que más allá de todas las disposiciones normativas aprobadas por

⁴ En el gobierno de Jeanine Añez se aprobó el Decreto Supremo 4174 y el Decreto Supremo 4201 que contemplan la compra urgente de insumos y la contratación de personal en salud.

el gobierno, este hizo efectivas de manera inmediata, las medidas represión. La siguiente figura muestra la evolución del gasto público en salud nos da mayores elementos al respecto.

Figura 3

Inversión pública en salud programada y ejecutada (2015-2021) (En miles de dólares)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de UDAPE

La figura 3 nos muestra un crecimiento oscilante del presupuesto en salud; el 2020, año de la cuarentena rígida, cae el monto del presupuesto programado y ejecutado, para luego volver a subir el año 2021. La pregunta a la que nos lleva este dato es: ¿Como en un periodo de emergencia sanitaria, cuando se necesitó incrementar el gasto en salud, para responder a las medidas de contingencia (el equipamiento urgente de insumos, medicamentos y contratación de personal), se tiene, por el contrario, una caída en la asignación y la ejecución presupuestaria en salud?

Partiendo de la teoría derivacionista del Estado, podríamos decir que en ese periodo el gobierno de Jeanine Añez sufrió de límites de sistema y límites de acción (Alvarez y Bonnet, 2018)⁵ en la capacidad de intervención estatal. Los

⁵ Alvarez y Bonnet (2018), toman estos conceptos de Blanke, Jürgens y Kastendiek. Estos autores explican de la siguiente manera que es un límite de sistema y que son los límites de acción: “un límite de sistema de la intervención del Estado, vinculado en última instancia con la separación entre lo económico y lo político, que es la condición de posibilidad misma de la existencia del Estado como modo particularizado de ser de las relaciones sociales capitalistas. El carácter privado del vínculo establecido entre los capitalistas, en su calidad de propietarios de los medios de producción, y los trabajadores, en tanto propietarios de la fuerza de trabajo, es el fundamento último de este límite de sistema. La esfera de la circulación sería, en este sentido, aquélla donde se da por excelencia la intervención del Estado. Y los autores identifican una serie de límites de actividad respecto de dicha injerencia estatal, límites vinculados con las condiciones históricas y geográficas específicas en las que los estados intervienen en la reproducción capitalista”

límites de sistema a los que se enfrentó la intervención estatal estuvieron relacionados a los problemas estructurales de insuficiencia de personal y de precariedad del sistema de salud. Por otro lado, el estrepeoso cierre de las fronteras nacionales de todos los países, hizo más difícil la importación de insumos y medicamentos, en la medida en que, como país poco industrializado, muchos de estos productos son importados y no producidos para el mercado interno. Los límites de acción estuvieron relacionados a las medidas tomadas por los integrantes del gobierno de facto, la falta de legitimación para sostener la medida de cuarentena rígida y su poca articulación con las clases subalternas, llevó al gobierno de Jeanine Añez a concentrar su intervención en acciones represivas. Es sintomático; además que, en todas las disposiciones relacionadas con la dotación urgente de equipamiento y contratación de personal, no se especificara la erogación de un presupuesto extra, lo que lleva a plantear que estas disposiciones emitidas en el gobierno central, no fueron ejecutadas en los niveles inferiores de los gobiernos locales y unidades descentralizadas, por ausencia de recursos económicos que acompañen dichas disposiciones. Los episodios de protesta de médicos y enfermeras y de la presión política por el incremento de muertes por COVID19, obligaron al gobierno de Jeanine Añez a aprobar, a finales de junio, un presupuesto adicional para acompañar todas las acciones emitidas anteriormente⁶. Como nos afirma Hirsch (2017) las funciones de mantenimiento de las condiciones generales de reproducción, en este caso, los gastos relacionados a “servicios comunitarios” urgentes, como la atención en salud, no son funciones realizadas automáticamente por el Estado, sino funciones asumidas por la presión que genera la lucha de clases. Solo en la medida en que la represión física no era suficiente para mantener el orden durante la pandemia, solo en la medida en que los asalariados del sistema de salud impusieron resistencia a trabajar con insuficientes recursos, el gobierno de Jeanine Añez tomó medidas sobre la dotación de insumos y contratación de personal⁷. La salida del periodo de cuarentena rígida marca, también, un cambio en el escenario político, porque esta salida estuvo acompañada de un cambio de gobierno y el retorno del MAS al poder del Estado mediante elecciones generales, en octubre de 2020. El énfasis del gobierno de Luis Arce en la reactivación de las

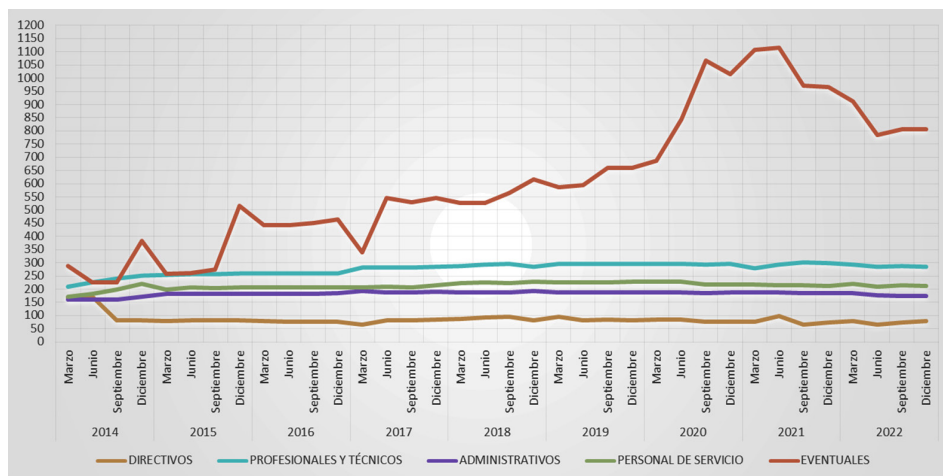
⁶ Es recién en junio de 2020 que se aprueba el Decreto Supremo 4259 que autoriza la erogación de recursos económicos en favor del Ministerio de Salud y Deportes. Por otro lado, las enfermeras eventuales entrevistadas confirman que es en junio y julio de 2020 que entraron a trabajar a los hospitales centinela.

⁷ Según datos presentados por Quiroga, Pacheco y Ríos (2023) el año de mayor conflictividad durante la pandemia fue el 2020.

actividades económicas en medio de la pandemia, respondió a la demanda de organizaciones comerciantes de gremiales y de trabajadores de cuenta propia, de liberar las restricciones de la cuarentena rígida, para salir a trabajar. Las políticas para la gestión de la pandemia cambiaron y se subordinaron al imperativo de facilitar el desarrollo de las actividades económicas y garantizar la acumulación de capital, en ese sentido, el gobierno de Luis Arce hizo un énfasis en la campaña de vacunación como principal plan de superación de la pandemia. Sin embargo, también el gobierno de Arce se encontró con límites de sistema para afrontar la crisis sanitaria, sobre todo, durante las olas de contagio por COVID19, nos explicamos. Durante este gobierno, no solo subió el monto del gasto programado y ejecutado en salud (como se puede apreciar en la figura 3, presentado anteriormente), sino que la política de contratación de personal, para salud se mantuvo durante su gobierno.

Figura 4

Índice de empleo en el sector de salud pública por trimestres, periodo 2014-2022 (1995=100)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del INE (2022)

Como se aprecia en la figura 4 hay un incremento constante de contratación de personal de salud desde el segundo trimestre de 2020 y continúa durante el 2021, año en que se realizó la campaña de vacunación como principal

medida de contingencia frente a los contagios por COVID-19. Sin embargo, este crecimiento de la fuerza de trabajo durante la pandemia fue en base a formas de empleo temporal. Como se aprecia en la figura 4, solo crece la categoría de eventuales. Este es un límite de sistema al que se ha enfrentado la intervención estatal de un Estado periférico, que al no contar con una fuente segura de excedentes privilegia los gastos productivos y busca estrategias de racionalización en los servicios comunitarios no rentables como la salud, la contratación de trabajadores eventuales fue una forma de responder a las exigencias de la pandemia, pero bajo los límites de su naturaleza de Estado, como entidad que funciona de la extracción de excedentes de la explotación de fuerza de trabajo, realizada por el capital privado (Alvater, 1976).

Al igual que el gobierno de Añez el gobierno de Arce se enfrentó a los mismos límites sistémicos en la intervención estatal provenientes de los problemas estructurales del sistema de salud, que se expresaron en la crisis del sistema sanitario por falta de oxígeno y la insuficiencia de camas de terapia intensiva, esta última falta fue tratada por el gobierno, mediante la aprobación de normativas que permitieron el uso de servicios del sector privado de salud, financiados por el Estado⁸. Los límites de acción de la intervención estatal durante el gobierno de Arce consistieron en medidas que privilegiaron la apertura de la actividad económica, bajo un sistema de salud con serios problemas de precariedad e insuficiente equipamiento para enfrentar el contagio masivo de la población fruto del levantamiento de las restricciones de circulación, situación que llevó a la población a enfrentar períodos de contagio masivo y colapso del sistema sanitario, al punto que el gobierno de Arce tuvo que tomar medidas extremas que le valieron movilizaciones de los trabajadores de salud y generaron momentos de incertidumbre.

La cuestión a continuación es analizar, qué hicieron médicos y enfermeras frente a estos límites de sistema y de acción de la intervención estatal, ¿qué pasó en los hospitales centinela principales unidades de atención de enfermos por COVID19? Nuestro análisis se va a concentrar en el caso de los hospitales centinela de Cochabamba.

⁸ En diciembre de 2020 el gobierno de Arce aprobó la Ley 1349 que tenía por objeto: “Garantizar la atención gratuita de pacientes con Coronavirus (COVID-19) por parte del Subsistema Privado de Salud que integra el Sistema Nacional de Salud, estableciendo a su vez el mecanismo para el reembolso por parte del Estado”.

2.2. Condiciones de trabajo e improvisaciones en hospitales centinela durante la cuarentena

Como se analizó antes, las insuficiencias del sistema de salud responden a problemas estructurales que, ni siquiera por la emergencia sanitaria fueron atenuados durante la cuarentena, generando movilizaciones y acciones de manifestación desesperada por parte de médicos y enfermeras. Sobre este punto, el siguiente extracto sobre la gestión del gobierno respecto a la falta de insumos y condiciones de bioseguridad en los hospitales, muestra cómo se vivieron estas insuficiencias en las condiciones de funcionamiento de los hospitales:

“Entonces venían aquí, esto era área gris, todo limpio, no podían entrar por aquí, no sabían ni siquiera por dónde entrar. Una vez vinieron del concejales, creo. Yo les. Estaban parados allá y bueno, yo les reñí, pues obviamente están viniendo de afuera. Nosotros estamos durmiendo aquí.

Pueden meter la enfermedad. -No, ahí me dicen, soy la eh la concejala, no me interesa quién sea, no sé, pero es, vean las reglas que tienen ahí afuera por dónde tienen que caminar. Sí. De todititos, la única palabra que hemos escuchado ha sido pobrecitos, porque no teníamos ni barbijos. Lo único que hemos escuchado es pobrecitos, pobrecitos. Vino, como le digo, vino Arturo Murillo, la doctora le dijo, sí, tuvimos una baja, la primera enfermera aquí. Sí, van a morir todos [y él contestó], se van a enfermar y van a morir, algunos van a morir y es un bien por la sociedad. ¿Qué les está faltando? No tenemos barbijos, no tenemos barbijos, la verdad. A ver, déjales tres cajas. Nos han dejado tres cajas de barbijo. El barbijo era papel, no le exagero, papel (Extracto de entrevista a médico del H. del Sur)

Como manifiesta el médico entrevistado, los representantes de las instancias estatales como los concejales municipales, estaban tan alejados de la realidad que se vivía en los Hospitales Centinela, que no eran capaces de seguir las instrucciones de bioseguridad marcadas en los letreros. La insuficiencia de acciones efectivas de parte de los representantes de estas instancias estatales es expresada por las enfermeras: “la única palabra que hemos escuchado ha sido ‘pobrecitos’, “porque no teníamos ni barbijos”. Después el entrevistado resalta las declaraciones del ministro de gobierno de ese entonces, dando por sentada la inevitable muerte del personal de salud y la entrega de unos cuantos barbijos, actitudes que coinciden con las acciones insuficientes, para equipar los hospitales. Frente a estas insuficiencias y la ineficiente y casi inexistente acción estatal sobre las condiciones de atención en los hospitales centinela, el sostenimiento de la pandemia recayó sobre las acciones urgentes que desarrollaron los equipos de médicos y enfermeras para proveerse condiciones de bioseguridad:

Hemos utilizado bolsas de desechos, esas bolsas negras, las rojas que utilizamos para botar la basura, con esas, en vez de las botas, y bueno, cada uno también se hizo por su parte, pues, el material de EPP [Equipo de Protección Personal]. Mi hermano a mí me confeccionaba, por lo menos debo tener tres o cuatro en la casa. Si es que no tengo más. Porque llegabas a la casa, directo a la lavandina, son reutilizables, [Claro], eso hemos utilizado, incluso aquí hemos han generado pelea, ¿no?, porque el que gritaba más, se le daba su EPP y al resto, pues, no nos facilitaban, teníamos que usar EPPs hechos en casa, etc., entonces en una ocasión, pues, hubo ese conflicto con uno de los médicos, porque el médico que gritaba, “yo no voy a entrar, no me dan EPP” y a él nomás se le facilitaba el EPP y el resto, pues, no, a los de Dios, entonces, Dios no puede decir así, por qué, por qué. [Claro]. Ahora parece gracioso, pero en ese entonces no era así (Extracto de entrevista a médica del H. Solomon Klein).

Como cuenta la médica del Hospital Solomon de Klein, las medidas de improvisación fueron colectivas. “Hemos utilizado bolsas de desechos” decía, mostrando que las prácticas de invención de insumos, para atender pacientes eran coordinadas y socializadas entre los equipos médicos; sin embargo, esto no ha evitado conflictos y disputas internas entre el personal de salud por los implementos de bioseguridad. Frente a las insuficiencias, los equipos de médicos y enfermeras tuvieron que llevar adelante la improvisación de materiales de bioseguridad o el uso racionalizado de trajes y otros implementos de bioseguridad, que iban contra los protocolos establecidos desde las direcciones de hospital:

Antes de la mascarilla teníamos unos lentes especiales las famosas antiparras teníamos los barbijos los barbijos especiales teníamos una máscara y las botas entonces, cuando te llamaban del hospital antiguo tú tenías que pedir todo ese paquete de ropa y te trasladabas al hospital antiguo para ver el paciente COVID pero resulta que por temas yo pienso que de idiosincrasia cuando me tocó ver en una sola guardia a dos pacientes COVID pedí como correspondía dos trajes, uno para ver a un primer paciente y horas después, para ver al segundo paciente necesitaba otro traje porque la mayoría o sea por norma todo traje que usabas debías desechaarlo y terminé la guardia y me hicieron la observación de que yo no podía utilizar dos trajes para ver pacientes distintos y me dijeron que por una escasez del tema de trajes yo debía utilizar o reutilizar el mismo me opuse presenté una carta y todo y el problema era ese que muchas veces no te querían dar batas especiales que no te querían dar la indumentaria necesaria (Extracto de entrevista a médica del H. del Norte).

Como testimonia la médica del hospital del Norte, cuando trabajó en un hospital de Punata, la insuficiencia de trajes de bioseguridad para la atención de pacientes por COVID19, llevó a sus colegas a establecer prácticas que iban contra los mismos protocolos de atención. El choque que ella experimenta por el reclamo de haber utilizado un traje de bioseguridad para cada paciente, muestra que las adecuaciones realizadas por el personal de salud respondieron a la necesidad de mantener la atención del servicio pese a que estas acciones terminaron poniendo en riesgo al personal médico, a las enfermeras y al mismo paciente. Finalmente, muchos de los equipos optaron por la compra de sus propios implementos de bioseguridad, sus propios barbijos y sus propios trajes de bioseguridad. Como indica la médica entrevistada, ella optó por comprar su propio traje de bioseguridad: “Entonces yo había optado por comprarme mi propio traje y si me daba me lo ponía encima y si no me daba pues iba con ese lo desechaba y tenía otro traje para descarga” (Extracto de entrevista a médica del H. del Norte). De la misma forma una enfermera del hospital del Sur testimoniaba:

Era muy carente la verdad, ¿no? , teníamos que ocupar con lo que teníamos ,en ese momento eran unas botas, incluso bolsas nylon, bolsas nylon, las rojas, [Ujum], se han vuelto como botas, nos hemos colocado las... ,en ese momento no teníamos el EPP, solamente teníamos las batas desechadas, dos, tres batas envueltas, los lentes no teníamos, cada uno tenía que comprarse, porque ya hemos comprado las gafitas, ¿no?, esas gafas que utilizan los carpinteros, que esas las comprábamos, incluso otros se han comprado los de soldadores, según a sus requerimientos, tienen que ver también ustedes cómo cuidarse. Entonces, con los lentes simples, una mascarita encima (Extracto de entrevista a enfermera del H. del Sur).

Como afirma la enfermera que cada uno se compre sus propios implementos de bioseguridad han sido bajo la lógica de: “tienen que ver también ustedes cómo cuidarse”. Las direcciones de los hospitales públicos y de las otras instancias estatales que regulan el funcionamiento del sistema de salud, expresaron en el micro espacio del hospital, los lineamientos políticos de acción estatal dictados por el gobierno de Jeanine Añez, que como se dijo anteriormente, concentró sus esfuerzos en hacer efectivas medidas represivas, para mantener la cuarentena rígida y contener el estallido de movilizaciones, dejando en segundo plano el equipamiento de los hospitales del sistema público. La ausencia de medidas estatales efectivas, que respondan a los requerimientos básicos para el funcionamiento de los hospitales

centinela, las improvisaciones y adecuaciones realizadas por los médicos y enfermeras, la autogestión de materiales de bioseguridad, son una puerta de entrada, para ver que, frente a la emergencia sanitaria, la organización del Estado se volvió ineficiente y que la fuerza de sostén estuvo en los propios equipos de médicos y de enfermeras.

2.3. Organización del trabajo: flexibilidad funcional y alargamiento de la jornada laboral durante la cuarentena

Otro de los aspectos que resaltan en los problemas de intervención estatal, tuvo que ver con la dotación del personal médico y de enfermeras durante la cuarentena, solo al final de la primera ola de contagios se empezaron a llenar los hospitales de nuevo personal contratado, mientras que en los primeros 4 meses, la atención de los pacientes por COVID19, recayó en el personal eventual y de planta contratado antes de la emergencia sanitaria. El testimonio de un médico del Hospital del Sur en Cochabamba, muestra el estado de los hospitales centinela, en cuanto a personal médico y enfermero:

“Bueno yo llegué el año dos, dos, 2018 con un ítem ministerial. Son ítems diferentes a los del TGN. Cuando llegamos al hospital éramos un grupo pequeño que dimos vida a este hospital. Me acuerdo, había un hospital abandonado por varios años. Construido, empolvado, no, no había nada. Empezamos de cero. (...) Gracias a eso [a la pandemia] han aumentado más ítems ministeriales. Han aparecido anestesiólogos. internistas. Hasta cardiólogos han aparecido, o sea. Eso fue el empuje que el Hospital del Sur eh crezca. Porque si no repito, no sé si no hubiera COVID. Estaríamos como estamos ahora con el personal. No sé. Pero que hubo si aumento, hubo aumento. Y fue por el COVID” (Extracto de entrevista a médico del H. del Sur).

En este extracto del médico sobre el hospital del sur antes de la pandemia y después de la pandemia, se muestra el cambio que marcó la emergencia sanitaria en su espacio de trabajo. Antes de la pandemia el Hospital del sur era un “hospital abandonado” que apenas empezó a funcionar con un número reducido de personal médico, mientras que después de la pandemia el incremento de personal marca un cambio sustancial en el funcionamiento del hospital. Esta situación era también la del hospital Solomon Klein, donde su personal médico testimoniaba que, al inicio de la cuarentena, apenas estaba empezando a uncionar el hospital.

De la misma forma el Hospital del Norte, que aún no tenía habilitada la unidad de producción de oxígeno. Estos casos muestran que estos hospitales fueron declarados como hospitales centinela según los decretos de emergencia sanitaria por el gobierno de facto, sin contar con las condiciones suficientes para cumplir ese papel.

El plan de reordenamiento del sistema público y la reorganización de los hospitales públicos designados como centinela, se dio con los recursos que contaban en ese momento. Esto llevó a que las direcciones de los hospitales públicos y las comisiones formadas por médicos, se vieran empujadas a aplicar una flexibilización e intensificación del trabajo durante la cuarentena:

A ver, yo creo que una de las deficiencias más, y en todos lados va a ser similar, tal vez, donde vaya que haga la solicitud, es recursos, ¿no?, los reclamos más o deficiencias que tenemos son recursos humanos, ¿no?, entonces, lo mismo acá. Yo era el único nutricionista. Eh cuando empezó la pandemia, eh tenía que trabajar, entonces, si vamos a hablar de acuerdo a la caracterización, ¿no? , de acuerdo a normas, por lo menos, en un hospital de segundo nivel debería haber, digamos, un nutricionista clínico, un nutricionista administrativo y uno de consulta, porque hacemos esas tres áreas principales y no cumplimos, entonces, en ese tiempo era yo solito que tenía que, sí o sí, hacer esas tres, tenía que hacer consulta, tenía que hacer la parte administrativa y pues tenía que hacer la parte de... un poquito de la parte clínica, los pacientes que están, ¿no?, hay arriba , hacer valoraciones, porque son pacientes ya que requieren eh tener una intervención nutricional más específica, como le decía al inicio (Extracto de entrevista a médico nutricionista del H. Solomon Klein). .

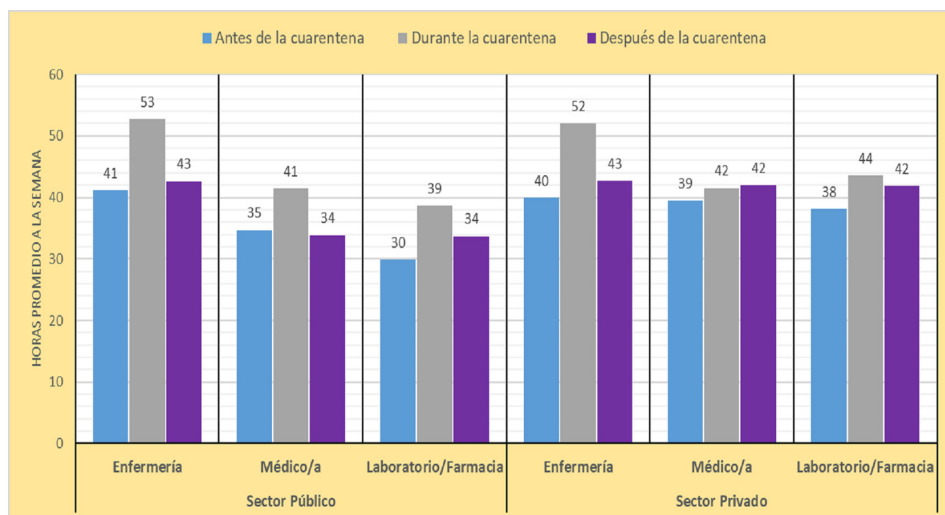
El nutricionista entrevistado, cuenta cómo él se encargó de las tareas que corresponden a tres nutricionistas, por la insuficiencia de personal que él denominó como “deficiencias en recursos humanos”. Él se expresa sobre los horarios de trabajo:

Por ejemplo, pues lo que hacíamos nosotros es readecuar los horarios, si teníamos que madrugar, teníamos que madrugar, pero estábamos en una cuarentena y no había movimiento mucho y tampoco había medio de transporte, ¿no?, entonces tenías que ver tú de qué forma llegar a tu trabajo y cumplir por lo menos las doce horas, algunos creo que hacían hasta veinticuatro con falta de personal, porque ahí ya el compañero tenía que cubrir, no dejar vacío esos horarios (Extracto de entrevista a médico del H. Solomon Klein). .

Durante la cuarentena la jornada del entrevistado se duplicó y en algunos casos tuvo que trabajar las 24 horas del para cubrir el puesto de algún compañero de trabajo que cayó enfermo. Este testimonio da cuenta de cómo el mantenimiento del servicio durante la cuarentena rígida se dio sobre una extracción extraordinaria de trabajo gratuito del personal médico y de enfermería. A continuación, mostramos la evolución de la jornada laboral de la fuerza de trabajo de los hospitales públicos.

Figura 5

Jornada laboral promedio a la semana de los trabajadores de salud del sector público y privado, antes, durante y después de la cuarentena según grupo profesional (En horas promedio a la semana)



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta del IESE en el marco del del proyecto: “El impacto de la gestión de COVID 19 en el mundo del trabajo y del empleo: El caso de los servicios esenciales en Cochabamba”

Como se observa en la figura 5, la jornada laboral promedio de la fuerza de trabajo de los hospitales públicos se elevó durante la cuarentena; las enfermeras fueron quienes sufrieron el mayor incremento de horas promedio de trabajo. Este incremento de horas en la jornada de trabajo, se debió a la creciente demanda de atención de enfermos y el reordenamiento del sistema de salud decretado por el gobierno de facto, que consistió en concentrar la atención por COVID en los

llamados hospitales centinela, sin la contratación un mayor número de enfermeras y médicos. Esta política de funcionamiento de los hospitales, en condiciones insuficientes de atención, derivó en una intensificación de trabajo tal, que el ingreso de nuevos médicos y enfermeras eventuales trajo una sensación de alivio que es resaltado por diferentes médicos entrevistados; al respecto; una médica del hospital Solomon Klein testimonia lo siguiente:

Yo pienso que ha sido un respiro para nosotros, porque ya no había personal de pie, entonces, ellos tuvieron que ingresar, pero ya pues sabíamos, ¿no?, cómo cuidarnos, cómo hacer las cosas, o sea, ya el miedo como que ya se perdió para la segunda ola, y nos veíamos, veíamos también temerosos, como nosotros hemos estado al inicio. Y en la medida de nuestras posibilidades, pues, ya se nos ha apoyado, porque al inicio entraron con nosotros, ¿no?, hasta que ellos aprendan, ¿no?, y no, pues, empezaron a llegar también las mujeres embarazadas con hijos, o sea, para su parto, ¿no?, entonces, nosotros ya no teníamos ningún temor, ¿no?, entonces, ellos iban viendo cómo se hacía la atención. Y poco a poco, pues, se fueron, ¿no?, integrando también a las cuartas. Yo pienso que también han sufrido, ¿no?, porque muchos colegas, ya después de que pasó todo eh, ¿no?, dejaron hasta de trabajar (Extracto de entrevista a médica del H. Solomon Klein).

Como afirma, la situación de los hospitales centinela eran tan precaria que ya no había personal en pie, pero la llegada del personal nuevo significó un proceso de adecuación y entrenamiento que fue asumido por los médicos y enfermeras que estuvieron desde el inicio de la pandemia.

2.4. Empleo eventual y trabajo gratuito como sostenimiento de la atención en pandemia

El ingreso de trabajadores eventuales a los hospitales, marca un cambio sustancial en la dinámica de la atención sanitaria al interior de los hospitales centinela. El colapso de los hospitales, las demandas crecientes de la población y las movilizaciones de los trabajadores en salud, que se volvieron mediáticas en un contexto de profundo miedo e incertidumbre durante la cuarentena rígida, presionaron sobre el gobierno de facto que, junto a los gobiernos municipales y gobernaciones departamentales, tuvieron que acelerar los procesos de contratación de médicos y enfermeras.

Con el ingreso de fuerza de trabajo eventual, la reorganización de los hospitales se caracterizó por la movilidad funcional del personal eventual, a las áreas de atención a pacientes con COVID19. Una enfermera eventual del Hospital del Sur cuenta su experiencia de entrada al trabajo:

Ese día es inolvidable, el primer día éramos más de... Te podría mentir más de cuarenta personas, más de sesenta personas éramos bastante solo personal de enfermería, ¿No? entre auxiliares y licenciadas un montón y dicen: “Vamos a hacer reconocimiento de área” dice y van, ¿No? No, no, nos enseñan este es este tal lugar, esto es mmm... Rayos X estos son y ya las entradas de, de enfermería etcétera nos pasan una hoja y dicen: “Se van a registrar en que área han trabajado” (...) y coloqué neonatología yo y... y dice y era la única que trabajaba en neonatología y dice: “Quien ha puesto neona... na...neo... neonatos” y levanto la mano yo: “Ya entras esta noche”, o sea, la misma noche que me hizo reconocimiento la misma noche yo, yo no tenía zapatos, no tenía la... El, el uniforme completo y digo pues ya me tocó” (Extracto de entrevista e una enfermera del H. del Sur)

Como cuenta la entrevistada, la falta de personal era tal, que a ella le tocó entrar inmediatamente, sin ningún otro tipo de capacitación, de hecho, la entrevistada cuenta que ni siquiera tenía ropa de trabajo adecuada. La urgencia marcó el ritmo de los procesos de inserción de las nuevas enfermeras:

Primer día fue aquí, tercer piso, tercer piso era el área COVID, que llamamos, ¿no?, primerito me llamaron aquí y había tres licenci... dos licenciadas, dos. Estaba lleno, este hospital cuenta con cincuenta y cuatro camas, todas estaban llenas, llenas, todos dependientes de oxígeno, pacientes de cuidado, ¿no?, y bueno, ya, ingresas, no había ni manera de ambientarte, ¿no?, decir esto es así, así, no, directamente ya hay muchos tratamientos, tarjetas que tienes que colocar, tus medicamentos, ya te dieron y al trabajo, bueno tu como podías, ver las cajas, somos el modo de caminar, yo ya me orientaba dónde estoy, ¿Cómo es? ¿Qué pacientes están? ¿Cómo manejan aquí?, ¿no?, pero al momento también los compañeros tal vez por estrés también, un poquito de ansias también se pusieron, como decir, “ Hay nuevo personal, nos han quitado trabajo “, digamos, ¿no?, esa parte hubo siempre, en cualquier lugar hay, ¿no? , hay nuevas, como decimos aquí te hacen pagar derecho de piso, ¿no?, en todo lado , ¿no? , en todo trabajo , así, nos sobrecargaban el trabajo (Extracto de entrevista a una enfermera del H. del Sur).

La enfermera cuenta, cómo el ingreso al hospital fue para ir directamente al área COVID, y concluye afirmando que les hicieron pagar derecho de piso y que les sobrecargaron el trabajo. Las enfermeras y médicos eventuales fueron movidos a las áreas COVID, para liberar al personal con ítem de esa responsabilidad,

pero , además, el personal eventual fue usado como ficha flexible, para rellenar espacios donde faltaba personal, de manera que en periodos de pocos contagios por COVID19, se los removía a diversas áreas para cubrir al personal con ítem que solicitaba vacaciones.

La política de gestión de la pandemia con Arce Catacora, cambió la dinámica en los hospitales centinela, la contratación urgente de personal eventual, para sostener la atención de contagios por COVID-19, en una etapa de franca reactivación económica, justificó el acelerado crecimiento del empleo eventual. Médicos y enfermeras que encontraron la oportunidad de ingresar a un hospital al sector público, lo hicieron en calidad de consultores o personal a contrato. Las Alcaldías, la gobernación de Cochabamba y el Ministerio de Salud y Deportes, optaron por extender la contratación de eventuales, con la justificación del requerimiento extraordinario de profesionales de salud. Por ejemplo, en el caso del Hospital del Sud en Cochabamba, según refieren algunos médicos, antes de la pandemia este hospital no funcionaba por falta de ítems para personal de salud; la pandemia fue la coyuntura en la que el Ministerio de Trabajo y la Alcaldía de Cochabamba, aprueben la contratación de personal eventual, bajo la figura de consultoría; la negociación de ítems para personal de salud quedó estancada y ahora este hospital funciona (en la mayoría de los servicios) con personal eventual.

En este contexto, algunas prácticas de explotación de fuerza de trabajo en los hospitales se profundizaron como la del trabajo gratuito de parte del personal eventual, para mantener la continuidad de los servicios. Como la mayor parte de las enfermeras que atendían pacientes con COVID eran eventuales, las direcciones de los hospitales debían buscar la forma de mantener la continuidad del servicio, una estrategia a la que recurrieron fue a la de impulsar al personal eventual a trabajar de manera gratuita, mientras salía su próximo contrato, con la promesa de que su recontractación estaba asegurada. La decisión de trabajar de manera gratuita se debía a la necesidad de preservar el puesto de trabajo:

Nos daban por tres meses, cuatro meses, llegaba los que se cumplía eso, si quieres venir, bueno, ya sabes que, ¿no?, cuidar tu trabajo, tienes que venir ad honorem un mes, dos meses, y si sigues cumpliendo así, aunque sea área COVID, o no sea, igual vienes así, igual sigues viniendo así, en los pagos, sí también hubo retrasos, hubo retrasos en los pagos” (Extracto de entrevista a una enfermera del H. Solomon Klein). .

Como esta enfermera afirma, cuidar tu puesto de trabajo en la pandemia significó trabajar sin salario, “ad honorem” por dos o tres meses. En un informe de la Defensoría del Pueblo (2020), se muestra que hubo médicos a los que no se les pagaba dos meses de salario durante la pandemia. Los retrasos en el pago de salarios se puede entender como problemas relacionados a límites de sistema en la intervención del Estado, como se contaba con un presupuesto insuficiente, la contratación extraordinaria de profesionales en salud, para atender la pandemia, no era parte de una política de crecimiento del sector salud, sino solo una medida paliativa, para la cual, el gobierno no tenía presupuesto destinado de manera que, tanto el Estado central, las gobernaciones y alcaldías, tomaron la opción de explotar gratuitamente, esta fuerza de trabajo para mantener la continuidad de los servicios de salud.

Conclusiones

La reforma del MAS al sistema de salud, con la implementación del modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) y luego con la aprobación del Sistema Único de Salud (SUS), no resolvió la precariedad existente en los servicios de salud. La insuficiencia de infraestructura, insumos y de fuerza de trabajo en el sistema de salud pública, es un problema estructural que impuso “límites de sistema” a las acciones decretadas por el gobierno de Jeanine Añez y el gobierno de Arce Catacora, durante la pandemia.

La evidencia empírica recolectada mediante entrevistas a médicos y enfermeras muestra cómo, las medidas asumidas por los gobiernos de turno durante la pandemia, afectaron el micro espacio del hospital público. En el periodo de la cuarentena, cuando el gobierno de Jeanine Añez concentró sus acciones en medidas de represión, el personal médico y de enfermería tuvo que sortear las insuficiencias sin apoyo del Estado. Médicos y enfermeras llevaron adelante una serie de improvisaciones, adecuaciones y autogestiones para proveerse de condiciones precarias de bioseguridad, que ponían en riesgo su salud, pero aseguraban la continuidad del servicio. Por otro lado, la extensión e intensificación de la jornada laboral de médicos y enfermeras fue la única forma de cubrir con la insuficiencia de personal. Si bien la contratación urgente de personal alivio el trabajo de médicos y enfermeras, las medidas de reactivación

económica asumidas por el gobierno de Arce se sostuvieron en la contratación de enfermeros y médicos eventuales, que tuvieron que atender el ascenso de enfermos y las campañas de vacunación masiva. En este caso los problemas no serán tanto por insuficiencia de personal, sino por la falta de cumplimiento con las obligaciones patronales para con los trabajadores eventuales, a quienes se los tendrá trabajando de manera gratuita, sin pago de salario y sin contrato laboral a la espera de su relación de contrato. De esta manera, se ha impulsado extracción de trabajo gratuito bajo la figura de trabajo *ad honorem*.

Como muestra nuestro estudio, el drama vivenciado por médicos y enfermeras, frente a la ausencia de acciones efectivas de parte del Estado, se debe tanto a límites de sistema como límites de acción de parte de los gobiernos de turno. Los límites de sistema están relacionados con obstáculos estructurales que limitan la intervención estatal de los gobiernos. En el caso estudiado, las condiciones precarias y las insuficiencias estructurales del servicio de salud pública están relacionadas con el limitado desarrollo capitalista de la formación económico social boliviana sobre la cual se asienta el Estado como ente promotor y captador de excedentes económicos. Tenemos entonces un Estado periférico con insuficientes excedentes para responder a ciertos “servicios comunitarios” como el de salud. Los gobiernos de Jeanine Añez y de Arce enfrentaron esta limitación estructural. Bajo estos límites de sistema, se dan ciertos límites de acción relacionados con la forma en que los gobiernos de turno orientan la intervención estatal en un periodo determinado tratando de enfrentar los límites de sistema. Las decisiones sobre la gestión estatal del excedente en una situación determinada nos muestran los límites de acción de los gobiernos de turno.

En este caso, la decisión de priorizar la represión estatal o la reactivación económica y poner en segundo plano la atención prioritaria de salud en la pandemia, muestra no sólo las limitaciones estructurales de estos gobiernos, sino también su orientación política e ideológica. Para el gobierno de Jeanine Añez las medidas de represión estatal fueron prioritarias para gestionar la cuarentena, mientras que para Arce la reactivación económica fue el objetivo principal para gestionar la emergencia sanitaria. De esto se puede derivar que, para el primer gobierno, el problema principal de la pandemia era la inestabilidad política que podría contraer un contagio masivo, mientras que para el segundo el problema

era eminentemente económico, no era el contagio masivo, sino los problemas económicos que contrajo la interrupción de las actividades económicas. Estas acciones paradójicamente entraron en contradicción con las necesidades que demandaba la atención de enfermos por COVID19. El límite de acción estaba en esa contradicción. En el caso del gobierno de Jeanine Añez las medidas represivas para imponer la cuarentena rígida tuvieron en la contracara la desatención de las necesidades de los hospitales centinela; en el caso del gobierno de Arce, la reactivación económica se asentó en la continuidad de un sistema de salud que no contaba con las condiciones necesarias para enfrentar un contagio masivo por COVID19. Esta contradicción no fue respondida de manera efectiva y suficiente por el Estado, en cambio tuvo que ser sorteada por el personal médico y de enfermería de los hospitales centinela, quienes tuvieron que cubrir las insuficiencias y sostener los efectos de la acción estatal de los gobiernos de turno llevando adelante las estrategias descritas más arriba. Podríamos concluir que los límites de sistema y de acción de la intervención estatal de los gobiernos de turno, reprodujeron las condiciones de precariedad del sistema de salud durante el periodo de pandemia y que el personal médico y de enfermería fue responsable de atenuar sus efectos sobre los hospitales centinela, sosteniendo la continuidad de la atención aun en esas condiciones precarias.

Referencias Bibliográficas

- Arze, C. (2017) Estado del sistema de Salud en Bolivia. En Experiencias de los seguros de salud locales en Bolivia (pp. 20-40). CEDLA.
- Alvater, E. (1976). Estado y Capitalismo. Notas sobre algunos problemas de intervención estatal. *Cuadernos Políticos*, (9), 9-30.
- Alvater, E. (2017). Algunos problemas del intervencionismo de Estado. En A. Bonnet y A Piva (comps.), *Estado y capital. El debate alemán sobre la derivación del Estado* (pp. 241-306). Ediciones Herramienta.
- Alvarez, L. y Bonnet, A. (2018). Ensayo y error. Un análisis marxista de las políticas públicas. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Social*, (233), 169-192. doi: 10.22201/fcpys.2448492xe.2018.233.59461
- Barrero, C. (2013). *Documento Técnico Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud Metas – Bolivia*. https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_bol.pdf
- Buci-Glucksmann, C. (1978). *Gramsci y el Estado. Hacia una teoría materialista de la filosofía*. Siglo XXI.
- Castro, L. (2016). *Obreros fluctuantes frente a la dominación patronal. El caso de la Refinería Gualberto Villarroel en Bolivia*. Muela del Diablo Editores y Llank'aymanta.
- Defensoría del Pueblo (2020). *Salud, derechos humanos y COVID-19 en Bolivia*. <https://www.defensoria.gob.bo/uploads/files/informe-defensorial-salud-derechos-humanos-y-covid-19-en-bolivia.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (2023). *Salarios y Remuneraciones del Sector Público (2014-2022)*. <https://www.ine.gob.bo/index.php/comunicacion/publicaciones/>
- Hirsch, J. (2017). Elementos para una teoría materialista del estado. En A. Bonnet y A Piva (comps.), *Estado y capital. El debate alemán sobre la derivación del Estado* (pp. 441-508). Ediciones Herramienta.
- Orellana, L. (2016). *Resurgimiento y caída de la gente decente : un sendero en la formación de una clase-etnia dominante en Bolivia (1940-2003)*. Muela del Diablo Editores.

- Orellana, L. (2020). *La caída de Evo Morales, la reacción mestiza y el ascenso de la gente bien al poder*. Instituto de Estudios Sociales y Económicos
- Ortiz, L. (15 de noviembre de 2020). *Caracterización del Sistema de Salud en Bolivia* [Archivo de Video]. YouTube. [Exposición en el marco del panel 5: Situación y desafíos del sistema de salud en Bolivia a propósito del COVID19].
https://www.youtube.com/watch?v=ZYHKrGZU_g0&t=844s
- Quiroga, M.; Pacheco, H. y Ríos, P. (2023). Los conflictos por salud, la salud de los conflictos. Fundación UNIR.
- Torres-Goytia, R. (2017). Por un nuevo sistema de salud. En *Experiencias de los seguros de salud locales en Bolivia* (pp. 41-62). CEDLA.