

ALLENZUELA  
ORZUELA  
CON

EL  
DUELO  
ORZUELA



DEFENSORÍA DEL PUEBLO  
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

# INFORME DEFENSORIAL



# SALUD

Derechos Humanos y

# COVID-19

e n B o l i v i a



[www.defensoria.gob.bo](http://www.defensoria.gob.bo)





**DEFENSORÍA DEL PUEBLO**

ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

## **Informe Defensorial**

# **“SALUD, DERECHOS HUMANOS Y COVID-19 EN BOLIVIA”**

**2020**





DEFENSORÍA DEL PUEBLO  
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

## Resolución Defensorial N° DP/ADCDH/07/2020 La Paz, 28 de diciembre de 2020

### VISTOS:

El informe referente a la situación de salud en Bolivia en el marco de la COVID 19, devela la ineficiencia en el manejo de la pandemia, así como el incumplimiento de las directrices emanadas de la CIDH, debido a las decisiones adoptadas por los distintos niveles de gobierno relacionadas a la falta de oportunidad en la toma de decisiones y acciones, la falta de experiencia y hasta el desconocimiento de aspectos técnicos, legales y administrativos que han perjudicado la dirección de la pandemia, la información recolectada, los resultados obtenidos y el análisis realizado.

### CONSIDERANDO:


Que, el párrafo I del Artículo 218 de la Constitución Política del Estado determina que la Defensoría del Pueblo es la institución encargada de velar por la vigencia, promoción, difusión y cumplimiento de los derechos humanos, individuales y colectivos, que se establecen en la Constitución, las leyes y los instrumentos internacionales.

Que, el numeral 3 del Artículo 222 de la Constitución Política del Estado establece como atribución de la Defensoría del Pueblo: *"Investigar, de oficio o a solicitud de parte, los actos u omisiones que impliquen violación de los derechos, individuales y colectivos, que se establecen en la Constitución, las leyes y los instrumentos internacionales, e instar al Ministerio Público al inicio de las acciones legales que correspondan"*.

Que, por su parte, el Numeral 5 del citado artículo, faculta a la Defensoría del Pueblo a formular recomendaciones, recordatorios de deberes legales y sugerencias para la inmediata adopción de correctivos y medidas a todos los órganos e instituciones del Estado y emitir censura pública por actos o comportamientos contrarios a dichas formulaciones.

Que, el párrafo I del Artículo 24, de la Ley 870 "Ley del Defensor del Pueblo" de 13 de diciembre de 2016, establece que concluida la Investigación y comprobadas las vulneraciones de derechos, la Defensoría del Pueblo podrá emitir Resoluciones fundamentadas que contengan según sea el caso, recomendaciones, recordatorios, sugerencias o correctivos y censura pública. El párrafo III, determina que, emitida la Resolución, esta será puesta a conocimiento de la autoridad o servidor público quien tendrá el plazo de treinta (30) días hábiles para su pronunciamiento.

 @DPBolivia

 Defensoría del Pueblo Bolivia

OFICINA NACIONAL (La Paz) C. Colombia N° 440 San Pedro • Tel: 2113600 – 2112600

[www.defensoria.gob.bo](http://www.defensoria.gob.bo)  
LÍNEA GRATUITA 800 10 8004





Que, mediante Resolución de la Asamblea Legislativa Plurinacional R.A.L.P. N° 001/2019-2020 de 30 de enero de 2019, la Asamblea Legislativa Plurinacional, conforme al Artículo 12 de la Ley N° 870, Ley del Defensor del Pueblo, designó a la delegada Adjunta para la Defensa y cumplimiento de los Derechos Humanos como Defensora del Pueblo a.i. a partir del día siguiente de la emisión de la referida resolución.

**POR TANTO:**

La Defensora del Pueblo a.i. del Estado Plurinacional de Bolivia, en uso de las atribuciones conferidas por la Constitución Política del Estado y la Ley Nro. 870 de 13 de diciembre de 2016.

**RESUELVE:**

**PRIMERO:** Aprobar el Informe Defensorial titulado "SALUD, DERECHOS HUMANOS Y COVID-19 EN BOLIVIA".

**SEGUNDO:** Notificar a las autoridades correspondientes las recomendaciones defensoriales señaladas en el informe, para su correspondiente pronunciamiento en el plazo de treinta días.

Regístrese y Archívese.

  
Abg. Nadia Alejandra Cruz Tarifa  
DEFENSORA DEL PUEBLO a.i.

# ÍNDICE

GLOSARIO.....	7
PRESENTACIÓN.....	11
INTRODUCCIÓN.....	13
<b>PRIMERA PARTE</b>	
<b>CONSIDERACIONES GENERALES.....</b>	<b>17</b>
- I. ANTECEDENTES.....	17
- II. REFERENCIAS HISTÓRICAS.....	18
- III. SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	19
- IV. MARCO NORMATIVO.....	22
<b>SEGUNDA PARTE</b>	
<b>JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS, ALCANCE Y MECANISMOS DE INTERVENCIÓN.....</b>	<b>29</b>
- I. JUSTIFICACIÓN.....	29
- II. OBJETIVOS.....	31
- III. ALCANCE.....	32
<b>TERCERA PARTE</b>	
<b>OBLIGACIONES DE LAS INSTITUCIONES DEL ESTADO.....</b>	<b>37</b>
- I. ROL DE LAS INSTANCIAS INVOLUCRADAS EN LA TEMÁTICA.....	37
- II. POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL.....	40
<b>CUARTA PARTE</b>	
<b>INVESTIGACIÓN Y RESULTADOS.....</b>	<b>43</b>
- I. DIAGNÓSTICO.....	43
- II. TESTIMONIOS.....	217
- III. ANÁLISIS.....	252
- IV. CONCLUSIONES.....	362
- V. DETERMINACIONES DEFENSORIALES.....	367



# Glosario

AASANA	ADMINISTRACIÓN DE AEROPUERTOS Y SERVICIOS AUXILIARES A LA NAVEGACIÓN AÉREA
ACLO	ASOCIACIÓN CULTURAL LOYOLA
AGETIC	AGENCIA DE GOBIERNO ELECTRÓNICO Y TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN
AISEM	AGENCIA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO
ASOBAN	ASOCIACIÓN DE BANCOS PRIVADOS DE BOLIVIA
ASOFAR	ASOCIACIÓN DE REPRESENTANTES IMPORTADORES Y DISTRIBUIDORES DE FÁRMACOS, INSUMOS Y EQUIPOS MÉDICOS DE BOLIVIA
ASPROFAR	ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES Y PROPIETARIAS DE FARMACIAS
ASUSS	AUTORIDAD DE SUPERVISIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO
ATT	AUTORIDAD DE REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN DE TELECOMUNICACIONES Y TRANSPORTE
AYNISUYU	INSTITUCIÓN PRIVADA DE DESARROLLO SOCIAL (IPDS) SIN FINES DE LUCRO Y SIN AFILIACIÓN POLÍTICA PARTIDARIA
BID	BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO
CCIMCAT	CENTRO DE CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN DE LA MUJER CAMPESINA DE TARIJA
CEASS	CENTRAL DE ABASTECIMIENTO Y SUMINISTROS DE SALUD
CODEFAR	COORDINADORA DEPARTAMENTAL DE FARMACIAS
CEJIS	CENTRO DE ESTUDIOS JURÍDICOS E INVESTIGACIÓN SOCIAL
CENDA	CENTRO DE COMUNICACIÓN Y DESARROLLO ANDINO
CENETROP	CENTRO NACIONAL DE ENFERMEDADES TROPICALES
CERDET	CENTRO DE ESTUDIOS REGIONALES PARA EL DESARROLLO DE TARIJA
CESSA	COMPAÑÍA ELÉCTRICA SUCRE S.A.
CGE	CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO
CIDH	COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS
CIESO	CENTRO DE INTELIGENCIA EPIDEMIOLOGICA Y SANITARIA ORURO
CIMFA	CENTRO INTEGRAL DE MEDICINA FAMILIAR
CIPCA	CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y PROMOCIÓN DEL CAMPESINADO
CISEP	CENTRO DE INVESTIGACION Y SERVICIO POPULAR
CNS	CAJA NACIONAL DE SALUD
CODELAB	COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE LABORATORIOS



COED	COMITÉ DE OPERACIONES DE EMERGENCIA DEPARTAMENTAL
COEM	COMITÉ DE OPERACIONES DE EMERGENCIA MUNICIPAL
COMURADE	COMITÉS MUNICIPALES DE REDUCCIÓN Y ATENCIÓN DE DESASTRES
CONARADE	CONSEJO NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE RIESGOS Y ATENCIÓN DE DESASTRES Y/O EMERGENCIAS
CORONAVIRUS	EXTENSA FAMILIA DE VIRUS QUE PUEDEN CAUSAR ENFERMEDADES TANTO EN ANIMALES COMO EN HUMANOS
COSSMIL	CORPORACIÓN DEL SEGURO SOCIAL MILITAR
COVID-19	ENFERMEDAD INFECCIOSA CAUSADA POR EL CORONAVIRUS QUE SE HA DESCUBIERTO MÁS RECIENTEMENTE. TANTO EL NUEVO VIRUS COMO LA ENFERMEDAD ERAN DESCONOCIDOS ANTES DE QUE ESTALLARA EL BROTE EN WUHAN (CHINA) EN DICIEMBRE DE 2019.
CPS	CAJA PETROLERA DE SALUD
DOE	DECRETO DEL ÓRGANO EJECUTIVO
EPP	EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL
ETA	ENTIDAD TERRITORIAL AUTÓNOMA
FAM	FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES MUNICIPALES DE BOLIVIA
FEDJUVE	FEDERACIÓN DEPARTAMENTAL DE JUNTAS VECINALES
FEJUVE	FEDERACIÓN DE JUNTAS VECINALES
FELCC	FUERZA ESPECIAL DE LUCHA CONTRA EL CRIMEN
FELCV	FUERZA ESPECIAL DE LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA
FIOCRUZ	FUNDACIÓN OSWALDO CRUZ DE BRASIL
FORMASOL	FORMACIÓN SOLIDARIA - ASOCIACIÓN SIN FINES DE LUCRO QUE TRABAJA EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN PARA EL DESARROLLO APOYANDO EL FORTALECIMIENTO ORGANIZATIVO DEL MOVIMIENTO INDÍGENA DEL ORIENTE BOLIVIANO.
GAD	GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL
GAIOC	GOBIERNO AUTÓNOMO INDÍGENA ORIGINARIO CAMPESINO
GAM	GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL
H1N1	INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA Y MUY CONTAGIOSA DE LOS CERDOS, CAUSADA POR ALGUNO DE LOS VARIOS VIRUS GRIPALES DE TIPO A DE ESA ESPECIE
IDIF	INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES
IEC	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
IITCUP	INSTITUTO DE INVESTIGACIONES TÉCNICO CIENTÍFICAS DE LA UNIVERSIDAD POLICIAL
INDICEP	INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN CULTURAL PARA EDUCACIÓN POPULAR
INLASA	INSTITUTO NACIONAL DE LABORATORIOS DE SALUD
IPDRS	INSTITUTO PARA EL DESARROLLO RURAL DE SUDAMÉRICA
KOICA	AGENCIA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE COREA
LINAME	LISTA NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESENCIALES

LPZ	LA PAZ
MAE	MÁXIMA AUTORIDAD EJECUTIVA
MERS	SÍNDROME RESPIRATORIO POR CORONAVIRUS DE ORIENTE MEDIO
MSF	MÉDICOS SIN FRONTERAS
NPIOC	NACIONES Y PUEBLOS INDÍGENA ORIGINARIO CAMPESINOS
ODECO	OFICINA DE ATENCIÓN AL CONSUMIDOR
OEA	ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS
OMS	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
ONU	ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS
OPS	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
PAISE	POLICLÍNICO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE ESPECIALIDADES
PDTE	PRESIDENTE
PIOC	PUEBLO INDÍGENA ORIGINARIO CAMPESINO
PNUD	PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO
PRODIASUR	FUNDACIÓN PARA LA PROMOCIÓN DEL DESARROLLO INTEGRAL AUTOGESTIONARIO PARA EL SUR - DESARROLLA ACTIVIDADES DE DESARROLLO RURAL AGROECOLÓGICO.
Red PCCS	RED DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y DE CONTROL SOCIAL
RX	RAYOS X
SABSA	SERVICIOS DE AEROPUERTOS BOLIVIANOS
SAFCI	SALUD FAMILIAR COMUNITARIO INTERCULTURAL - POLÍTICA DE SALUD DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
SARS	SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO GRAVE
SARS COV 2	ES UN VIRUS DE LA GRAN FAMILIA DE LOS CORONAVIRUS, UN TIPO DE VIRUS QUE INFECTA A SERES HUMANOS Y ALGUNOS ANIMALES. LA INFECCIÓN POR EL SARS-COV-2 EN LAS PERSONAS SE IDENTIFICÓ POR PRIMERA VEZ EN 2019.
SBMCTI	SOCIEDAD BOLIVIANA DE MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA
SEDES	SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
SIRMES	SINDICATO DE RAMAS MÉDICAS DE LA SALUD PÚBLICA
SNUS	SISTEMA NACIONAL ÚNICO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SALUD
UGESPRO	UNIDAD DE GESTIÓN DE PROGRAMAS Y PROYECTOS
UMSA	UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
UNICEF	FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA
UNIPOL	UNIVERSIDAD POLICIAL
UTEPSA	UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA PRIVADA DE SANTA CRUZ DE LA SIERRA
UTI	UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA
UTO	UNIVERSIDAD TÉCNICA DE ORURO



# PRESENTACIÓN

El Informe Defensorial “Salud, Derechos Humanos y COVID-19 en Bolivia”, analiza la respuesta del Estado boliviano ante la pandemia del coronavirus COVID - 19 y la vulneración del derecho a la salud de las y los bolivianos.

La investigación ha evidenciado que la pandemia de la COVID – 19, expuso de manifiesto la debilidad del sistema de salud y principalmente las desigualdades sociales profundamente arraigadas en nuestro país, ya que las consecuencias de esta crisis sanitaria recayeron sobre los sectores más vulnerables de la población.

A nivel mundial, ningún Estado se encontraba preparado para afrontar una pandemia de grandes escalas, la cual solamente encuentra un precedente similar en un hecho suscitado hace aproximadamente un siglo atrás, los sistemas de salud y la economía de las grandes potencias mundiales fueron doblegadas y a pesar de las medidas adoptadas por los Estados la situación se descontroló y se tuvo que lamentar la muerte de miles de personas. En Bolivia, tras la confirmación del primer caso positivo de COVID – 19 en marzo de 2020, se advirtió que las medias asumidas por el Estado para evitar la propagación del contagio de la enfermedad no fueron efectivas y oportunas, claro ejemplo fue el viacrucis que sufrió la paciente cero de la COVID - 19, la cual tras la expulsión de su localidad tuvo que peregrinar por los centros hospitalarios en busca de atención.

La respuesta inmediata del Estado ante el incremento de casos positivos de coronavirus COVID – 19, fue la implementación de una cuarentena rígida; es decir, un confinamiento total de la población, la cual ante su ineficacia tuvo que ser impuesta a través de una política de miedo e instrumentalización de la persecución penal; a su vez, esta medida puso en evidencia las grandes brechas que existen entre los sectores sociales, ya que mientras una parte de la población podría sostenerla, otros sectores que dependen de la generación de recursos al “día a día”, sufrían de las necesidades más básicas.

El colapso del sistema de salud en el marco de la pandemia del coronavirus COVID – 19, resaltó los problemas estructurales del Estado respecto a garantizar a las y los bolivianos el acceso universal, gratuito, equitativo a la salud, asimismo, en el tratamiento de la crisis sanitaria, se presentaron diversas problemáticas tales como la escasa toma de pruebas COVID-19 y el limitado número de laboratorios para procesarlas; por su parte, también se advirtió la insuficiente provisión de equipos de bioseguridad e insumos para el personal de salud, denotando de manera general la ausencia de políticas gubernamentales de previsión y de planes de contingencia en la atención de la COVID-19, sumado a esto las denuncias de corrupción que generaron desconfianza y repudio en la población, sintiéndose desprotegida por el Estado.



La crisis sanitaria del coronavirus COVID – 19, develó que el acceso a los servicios de salud es un privilegio de pocos, la población en general tuvo que sopesar una especie de mercantilización de la salud, la cual partió desde una indiscriminada subida de precios de los medicamentos para el tratamiento de la COVID – 19 hasta los cobros exorbitantes de los hospitales y clínicas privadas; a su vez, se evidenció la dependencia de los laboratorios privados para la dotación de medicinas esenciales en el tratamiento de las enfermedades. Por todo lo expuesto, el Informe Defensorial “Salud, Derechos Humanos y COVID-19 en Bolivia”, pretende constituirse en un referente para que el Estado encare de forma adecuada la “segunda ola” del coronavirus COVID – 19 que se encuentra ya en pleno desarrollo en nuestro país, para lo cual se deberán superar todas las falencias detectadas en el presente documento, además se advierte la necesidad de realizar todos los esfuerzos correspondientes para precautelar la salud de las y los bolivianos con especial énfasis en las poblaciones en situación de vulnerabilidad.

El período que comprende la investigación es desde la aparición de la COVID-19 hasta noviembre de la gestión 2020 y abarcó a establecimientos de salud en general, tanto del sector público, seguridad social a corto plazo y sector privado, divididos en Hospitales COVID-19 y Hospitales No COVID-19.

# INTRODUCCIÓN

La población del Estado Plurinacional de Bolivia se enfrenta, actualmente, a una emergencia sanitaria sin precedentes ocasionada por la pandemia del virus que causa la COVID-19, ante la cual las medidas adoptadas por los diferentes niveles de Gobierno en la prevención atención y contención deben tener como centro el pleno respeto de los derechos humanos. La Defensoría del Pueblo, con la finalidad de precautelar el derecho a la salud de todas las personas, particularmente, aquellas aquejadas por la COVID-19, cuidando porque se observen los elementos fundamentales del derecho a la salud (accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad), conforme las recomendaciones emitidas por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en el contexto de la pandemia y en el marco de la Constitución Política del Estado, se ha encomendado la tarea de verificar el estado situacional en el que las autoridades de gobierno manejaron la emergencia sanitaria ocasionada por el coronavirus.

La Ley N° 1293 declaró de interés y prioridad nacional las actividades, acciones y medidas necesarias para la prevención, contención y tratamiento de la infección por el coronavirus (COVID-19) y determinó que el Órgano Ejecutivo en coordinación con las entidades territoriales autónomas, en el marco de sus atribuciones y competencias, deban implementarlas; ordenó, además, a los entes gestores de la seguridad social a corto plazo que, en coordinación con el Ministerio de Salud, en sus establecimientos de salud implementen medidas necesarias y oportunas para la prevención, contención, atención y tratamiento de la infección por el virus y, finalmente, respecto al sub sector privado, dispuso que éste deberá cumplir lo emanado por el Ministerio de Salud y las entidades territoriales autónomas, y, asimismo, deberá garantizar a sus usuarios y trabajadores los medios adecuados para la atención.

La Defensoría del Pueblo, en ejercicio de sus atribuciones constitucionales, emitió el presente Informe Defensorial con la finalidad de reflejar, claramente, la forma en que se encaró la lucha contra la pandemia ocasionada por la COVID-19, particularmente, desde la declaración de su presencia real y palpable a nivel internacional en diciembre de 2019, y hasta la definición de las medidas de post confinamiento y el desaceleramiento de la enfermedad en territorio nacional, sin perjuicio de emitir recomendaciones a futuro que deben ser consideradas por las actuales autoridades constitucionalmente elegidas y con miras a un posible rebrote para encarar de mejor manera el mismo o, en su caso, previendo la presencia de nuevas pandemias conforme lo referido por la Organización Mundial de la Salud (OMS).



1



DEFENSORÍA DEL PUEBLO  
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

## **PRIMERA PARTE**

# CONSIDERACIONES GENERALES







# PRIMERA PARTE

## CONSIDERACIONES GENERALES

### I. ANTECEDENTES

El nuevo **coronavirus** COVID-19 tuvo su origen en la ciudad de Wuhan, en China. A mediados del mes de diciembre de 2019, las autoridades sanitarias de esa localidad detectaron una serie de casos de neumonía producida por una causa desconocida. En ese momento se originó una alarma sobre una nueva enfermedad desconocida hasta el momento. Se trataba de un nuevo tipo de virus de la familia Coronaviridae, emparentado con el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) y con el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS), pero que no es igual a ninguno de ellos. Para averiguarlo, estudiaron 10 muestras genéticas tomadas de pacientes procedentes de Wuhan que incluían ocho genomas completos y dos genomas parciales.

El punto común de los primeros casos de nuevo coronavirus fue el mercado de la citada ciudad china, en la provincia de Hubei, señalado como el epicentro de la pandemia declarada a nivel mundial. El mercado de Wuhan es un centro de comercio de animales, de ahí la importancia de averiguar desde qué animal 'dio el salto' el coronavirus para infectar a los humanos. Inicialmente, surgió la hipótesis de que este virus vendría del murciélago, no obstante, también se barajó la posibilidad de que fuera el pangolín el huésped intermedio que facilitó la mutación del coronavirus.<sup>1</sup>

De esta manera fue como inició el brote de la COVID-19. Para el 1° de enero de 2020, las autoridades sanitarias de China cerraron el referido mercado mayorista, temiendo que los animales vendidos allí podrían ser la fuente del virus; sin embargo, recién, el 5 de enero de 2020, las autoridades de ese país señalaron que los casos desconocidos de neumonía en Wuhan no correspondían al SARS ni al MERS, derivando en investigaciones que concluyeron e identificaron el virus como un nuevo coronavirus, inicialmente, llamado 2019-nCoV por la OMS.

La Comisión de Salud Municipal de Wuhan anunció la primera muerte provocada por el coronavirus: un hombre de 61 años, expuesto al virus en el mercado de mariscos, quien falleció el 9 de enero después de una insuficiencia respiratoria a raíz una neumonía severa, extremo inadvertido en su momento por las autoridades mundiales. Por iniciativa del propio gobierno chino, el 12 de enero de 2020, compartieron la secuencia genética del coronavirus para que los países desarrollen

<sup>1</sup> The Lancet. (2020). Coronavirus: origen, evolución y por qué no es igual que el SARS y el MERS. 25/03/2020, de redacción médica Sitio web: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-origen-evolucion-por-que-no-es-igual-sars-mers-1429>

kits de diagnóstico. Un día después, autoridades de Tailandia reportaron un caso de infección del coronavirus, era un ciudadano chino que había llegado de Wuhan, y así progresivamente fue expandiéndose, primeramente, en el continente asiático.

Para el 20 de enero de 2020, China reportó 139 casos nuevos de la enfermedad, incluida la muerte de una tercera persona. En esa misma semana, se registraron casos en el continente europeo y en los Estados Unidos, aún con bastante escepticismo por las autoridades de ese continente y del citado país. El 25 de enero de 2020, se superaron los mil casos totales en el mundo motivo por el cual, el 31 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud declara al coronavirus una emergencia internacional de salud pública, y el 11 de febrero de 2020, denomina al enfermedad del coronavirus como COVID-19.

Para inicios del mes de marzo, la gran mayoría de los países sudamericanos ya tenían confirmados casos; recién el 10 de marzo se reportó el primer caso en Bolivia.<sup>2</sup> Ante el desbordado incremento de infectados por COVID-19, el 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó caracterizar a la enfermedad como pandemia.<sup>3</sup>

## II. REFERENCIAS HISTÓRICAS

En el marco de la Salud Pública en el siglo XVII, las epidemias de peste, sarampión, viruela, escarlatina, varicela, difteria y otras enfermedades febriles agudas cobraban víctimas en la población de adolescentes. La sífilis congénita apareció descrita junto a la gonorrea, escorbuto, lumbago y raquitismo; los recién nacidos con sífilis eran rechazados y abandonados por miedo al contagio. Las enfermedades dentales eran a menudo causa de muerte.

Las condiciones sanitarias de los adultos no eran mucho mejores. En Milán, la peste mató a 80.000 personas y a 500.000 en Venecia, la Guerra de los Treinta Años fue devastadora para la vida y las condiciones higiénicas. El control y la administración en Salud Pública no variaron en relación a la Edad Media.

En el siglo XVII, solo las minorías privilegiadas tenían la posibilidad de ser asistidos por el médico, el resto de la gente estaba en manos de charlatanes. Los “*dispensarios*” eran muy escasos, los hospitales no disponían de clínicas organizadas, fue el tiempo de los boticarios que fueron llenando poco a poco el vacío creando en la asistencia médica y acabaron con el monopolio de los médicos.

La peste bubónica, el tifus, el paludismo y la difteria sacudieron a la población mundial periódicamente. La viruela permanecía como enfermedad mortífera, alcanzando proporciones epidémicas en las hacinadas ciudades del Viejo Mundo, donde las basuras y los excrementos humanos se acumulaban en las calles y alcantarillas mal construidas. La valorización practicada en Asia se introdujo en Inglaterra, empero por los peligros que conlleva fue perdiendo aceptación, hasta que la genial labor de Edward Jenner solucionó el problema. Faltaban algunos años para que la vacuna de brazo a brazo llegara a Bolivia.

<sup>2</sup> <https://www.minsalud.gob.bo/3967-ministro-de-salud-reporta-dos-casos-confirmados-de-coronavirus-y-pide-calma-a-la-poblacion>

<sup>3</sup> <https://www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

En el siglo XIX, la organización de la profesión médica, de los hospitales y de la salud pública fueron alteradas por la Revolución Industrial. Las condiciones de los trabajadores en las fábricas, el aumento de los barrios obreros y la interdependencia de comunidades y naciones, afectaron la práctica médica.

Antes del descubrimiento de las bacterias como causa de enfermedad, los enfoques de la medida preventiva y de la salud pública se redujeron a medidas higiénicas como el abastecimiento de agua potable y la eliminación de los malos olores procedentes de las alcantarillas y de las basuras, consideradas como factores etiológicos importantes de las epidemias. Las ideas de Peter Frank sobre el uso de las estadísticas tuvieron importancia en la Salud Pública. En Alemania, el gran patólogo y musicólogo Rudolf Vischow advirtió sobre el buen uso de medidas higiénicas en la aplicación de la Salud Pública.<sup>4</sup>

Hasta la fecha, fueron cinco pandemias letales, entre ellas la viruela, sarampión, “gripe española” de 1918, la peste negra y el VIH; de éstas, el producido por el virus “Variola Virus”, fue el más peligroso para la humanidad, calculando una cifra letal de 300 millones de humanos, empero, hoy en día, se encuentra erradicada gracias a vacunas. Bajo este panorámico histórico, la OMS, en septiembre de 2019, advirtió sobre los riesgos ante nuevos surgimientos de pandemias; casualmente, dos meses después se conoció a la ahora llamada COVID-19<sup>5</sup>, por lo tanto, estas alertas del máximo organismo de salud a nivel mundial, debieran ser un llamado de atención para que países como el nuestro concentren esfuerzos en la mejora del Sistema Nacional de Salud, así como también en la generación de políticas públicas con enfoque preventivo ante el inminente ingreso del virus en el país que finalmente sucedió en el mes de marzo de 2020; por lo tanto, la revisión histórica de pandemias nos permite comprender la situación catastrófica que se tuvo por la falta de enfoque en la salud y la prevención.

### **III. SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

El Sistema Nacional de Salud boliviano se define como el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, reguladas por diferentes organismos públicos y privados nacionales, departamentales y locales. Este sistema es fragmentado, conformado por subsectores que integran al Sistema Público, seguro social de corto plazo, iglesias, instituciones privadas con y sin fines de lucro y a la medicina tradicional indígena. Establece cuatro ámbitos de gestión: nacional, correspondiente al Ministerio de Salud; departamental, correspondiente al Servicio Departamental de Salud (SEDES); y al establecimiento de salud en su área de influencia y brigada móvil como nivel operativo.<sup>6</sup>

En febrero de 2019, Bolivia se encaminó hacia la salud universal con la promulgación de la Ley del Sistema Único de Salud, instrumento legal que permitirá que el 51% de la población, aproximadamente cinco millones de bolivianos que no accedían a los servicios de salud, ahora puedan hacerlo de forma gratuita.

<sup>4</sup> HISTORIA DE LA SALUD PUBLICA EN BOLIVIA Gregorio Mendizábal Lozano

<sup>5</sup> <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-breve-historia-pandemias-globales-hemos-luchado-contra-mayores-asesinos-20200322075937.html>

<sup>6</sup> [http://www.mgyfsemg.org/medicinageneral/revista\\_66/pdf/445\\_447.pdf](http://www.mgyfsemg.org/medicinageneral/revista_66/pdf/445_447.pdf)

Según Fernando Leanes de la OPS, este hecho implica un avance significativo hacia los objetivos planteados en la Estrategia de Salud Universal aprobada por los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en 2014, por el programa de trabajo 2010-2025 de la OMS y de la meta 3.7, 3.8 y otras de la Agenda de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas. *“Con satisfacción observamos que la ley y las propuestas se alinean al mandato constitucional boliviano y a los principios de salud universal y atención primaria de salud que la OPS/OMS promueve: priorizan el fortalecimiento del primer nivel de atención, la participación familiar y comunitaria, la interculturalidad, la promoción y la prevención”; “A lo largo de su historia, se hicieron transformaciones relevantes por la salud de los bolivianos, pero universalizar la salud era una política pendiente. El Sistema Único de Salud SUS, que nace con la promulgación de la ley, se convierte en una política de Estado que garantiza el derecho a la salud, constitucionalizado desde 2009”,* resaltó el representante de la OPS/OMS.

El Artículo 18 de la Constitución Política de Bolivia establece que el Sistema Único de Salud será universal, gratuito, equitativo, intra cultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social; remarca que el sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas. El subsector público está dirigido preferentemente a atender la salud de grupos vulnerables y personas que no sean parte del subsector de la seguridad social, por lo que cuenta con más establecimientos de salud (2.167) en los diferentes niveles de atención. El subsector de la seguridad social a corto plazo está constituido por las diferentes Cajas de Salud que prestan servicios de salud a sus beneficiarios, estas entidades dependen de la Unidad de Seguros a Corto Plazo del Viceministerio de Salud y, a su vez, sus funciones son coordinadas, controladas y supervisadas por la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social a Corto Plazo (ASUSS).

La estructura del Sistema Nacional de Salud origina un sistema segmentario de atención que separa a la población en dos grupos: los que se encuentran adscritos a la seguridad social a corto plazo y los que acuden a los seguros públicos de salud, a la iglesia u ONG"s. Este esquema de organización da lugar a una distribución inequitativa e injusta de los servicios de salud porque concentra a las personas de ingresos medios/altos y bajo riesgo en la seguridad social a corto plazo, y excluye a las personas de ingresos bajos y alto riesgo (la mayoría en Bolivia) en otro grupo que debe optar por las limitadas prestaciones gratuitas de los seguros públicos (que en su mayoría están dirigidos a grupos vulnerables y a cubrir enfermedades evitables), o pagar un precio en los establecimientos públicos o privados de salud.<sup>7</sup>

Otro reto que todavía enfrenta el sistema de salud boliviano es la debilidad de la rectoría del Ministerio de Salud, que se expresa en su incapacidad para regular aspectos sanitarios, administrativos y financieros en cada uno de los subsistemas. De aquí surgen problemas como la inadecuada asignación de los recursos y la ausencia de mecanismos eficaces de supervisión y evaluación de las acciones y programas de salud, lo que se traduce en ineficiencias en el ejercicio de los recursos destinados a la salud.

<sup>7</sup> <https://www.monografias.com/trabajos-pdf/sistema-salud-boliviano/sistema-salud-boliviano2.shtml>

La OPS/OMS evidenció que en la actualidad existen servicios de salud saturados, en particular en hospitales de atención especializada y calificó de grave esta situación. *“Las dificultades que de manera notoria y recurrente se presentan en una decena de servicios en establecimientos de tercer nivel: esperas excesivas y atención ineficaz y hasta deshumana, no deberían ser razón para negar el derecho a la atención (...)”*, remarcó el representante de ese organismo, y señaló que es la oportunidad para fortalecer la gestión de los establecimientos y las redes de salud. *“El trabajo de redes integradas debería favorecerse por la gratuidad, por el fortalecimiento del primer nivel y por el aprovechamiento de hospitales municipales que, si se les provee de medios y recursos, se ha visto que pueden incrementar su capacidad”*, dijo. *“Países con cobertura universal también tienen estos problemas y no se plantean retroceder en el derecho. Hay que resolver estos problemas”*, planteó, asimismo, Leanes.<sup>8</sup>

Por lo expuesto, Bolivia no se aproxima a los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en cuanto al número de hospitales de tercer nivel por número de habitantes, según el análisis y sistematización de los datos publicados por el Sistema Nacional de Información en Salud-Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) dependiente del Ministerio de Salud. De acuerdo a los parámetros de la OMS, debe existir un hospital de tercer nivel por cada 75.000 habitantes, significa que a la fecha Bolivia debería contar mínimamente con 149 nosocomios en pleno funcionamiento. Sin embargo, apenas existen 34 hospitales públicos en los diferentes departamentos del país, sin tomar en cuenta los 45 hospitales de propiedad de la Iglesia Católica, de la empresa privada, Caja Nacional de Salud y otros pertenecientes a la seguridad social.

La suma de todos los hospitales de tercer nivel, de cualquier propiedad, da un total de 79 nosocomios. Y aún así, Bolivia no alcanza a los parámetros exigidos por la OMS que sugiere construir un hospital de tercer nivel por cada 75.000 habitantes, empero esas recomendaciones están alejadas de nuestra realidad. Solo el departamento de Chuquisaca estaría cumpliendo los parámetros de la Organización Mundial de la Salud, con ocho hospitales de tercer nivel según los datos publicados en la página web del SNIS-VE.

El Sistema Nacional de Información en Salud-Vigilancia Epidemiológica también muestra que en Bolivia hay un total de 3.973 establecimientos de salud, entre hospitales de primer, segundo y tercer nivel, de los cuales 3.294 pertenecen al sector público y 679 a los seguros sociales, ONGs, Iglesia Católica, FFAA, Policía, privados y entidades no católicas.

Según datos del INE, entre 2008 y 2017, en Bolivia se edificaron 7 nuevos hospitales de tercer nivel, pasando de 34 a 41; la mayoría están en Cochabamba con 14, hay 7 en La Paz y 6 en Santa Cruz. El resto de los departamentos tienen entre 1 y 3 cada uno, excepto Pando, donde no hay ninguno.

Según se sabe, un centro de salud es aquel recinto donde hay una o dos enfermeras y/o licenciadas en obstetricia para atención primaria de salud. Un hospital de primer nivel es el que tiene capacidad de atender enfermedades comunes y cuenta con médicos generales, ginecobstetras, pediatras, además de enfermeras y auxiliares. El de segundo nivel tiene los mismos profesionales que el

<sup>8</sup> [https://www.paho.org/bol/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2209:bolivia-se-encamina-hacia-la-salud-universal&Itemid=481](https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=2209:bolivia-se-encamina-hacia-la-salud-universal&Itemid=481)

anterior, pero además especialistas según el perfil epidemiológico de la región. Los de tercer nivel son los llamados “de referencia”, y tienen gran variedad de especialistas, quirófanos y equipos. Finalmente, los de cuarto nivel son conocidos como institutos y se dedican a atender una sola especialidad, pero en niveles de alta complejidad.

Hay evidencia de algunos avances en materia de cobertura médica en el país, pero también de que es mucho lo que falta para poder garantizar, siquiera mínimamente, el derecho a la salud consagrado en la Constitución Política del Estado. Más trabajo, más esfuerzo y más ingenio es lo que se espera de las autoridades del Estado.<sup>9</sup> Por otra parte, en el ámbito de la seguridad social a corto plazo se emitió la Ley N° 1189 de Prioridad Nacional de Desarrollo y Crecimiento de la Caja Nacional de Salud (CNS), de fecha 17 de junio de 2019, que tenía por objeto promover el desarrollo y crecimiento de la CNS coadyuvando al ejercicio pleno del derecho a la salud y a la seguridad social a corto plazo para los asegurados y sus beneficiarios. La norma viabiliza la construcción de 67 hospitales y centros de salud de primer, segundo, tercer nivel y dos institutos de investigación, a ejecutarse en los próximos cinco años; se invertirá 3.600 millones de bolivianos y que los establecimientos de salud sirvan para que en la Caja se eliminen las filas y se agilice la atención de los asegurados. Sin embargo, los trabajadores de la CNS rechazaron la promulgación de la Ley con el argumento de que en la construcción de los hospitales se utilizarían recursos de la seguridad social para la atención del Seguro Único de Salud (SUS), y que existía el riesgo de que los trabajadores pierdan sus beneficios sociales.<sup>10</sup>

Estas situaciones no permitieron que se proceda a la construcción de los 67 hospitales a nivel nacional, contando la CNS con 197 establecimientos en salud, de éstos 162 son centros médicos de primer nivel, 26 de segundo nivel y 9 hospitales de tercer nivel, existiendo una sobredemanda de atención y una saturación en sus servicios, lo que ocasiona una capacidad resolutive limitada.

## **IV. MARCO NORMATIVO**

### **LEYES**

1. Ley N° 1293, de fecha 1° de abril de 2020, Ley para la prevención, contención y tratamiento de la infección por el coronavirus (COVID-19), declara de interés y prioridad nacional, las actividades, acciones y medidas necesarias para la prevención, contención y tratamiento de la infección por el Coronavirus (COVID-19).
2. Ley N° 1298, de fecha 20 de mayo de 2020, eleva a rango de Ley el Decreto Supremo N° 4204 de 1° de abril de 2020.
3. Ley N° 1309, de fecha 6 de julio de 2020, coadyuva a regular la emergencia por el COVID-19.
4. Ley N° 1343, de 29 de octubre de 2020, establece medidas temporales de fomento a la donación voluntaria e informada de plasma hiperinmune de pacientes con coronavirus (COVID-19).

<sup>9</sup> <https://clustersalud.americaeconomia.com/opinion/hospitales-en-bolivia>

<sup>10</sup> [https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20190617/evo-promulga-ley-que-declara-prioridad-construccion-hospitales-cns#:~:text=El%20presidente%20Evo%20Morales%20promulg%C3%B3,Nacional%20de%20Salud%20\(CNS\).&text=La%20norma%20viabiliza%20la%20constr](https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20190617/evo-promulga-ley-que-declara-prioridad-construccion-hospitales-cns#:~:text=El%20presidente%20Evo%20Morales%20promulg%C3%B3,Nacional%20de%20Salud%20(CNS).&text=La%20norma%20viabiliza%20la%20constr)



## DECRETOS SUPREMOS

1. DECRETO SUPREMO N° 4174, de fecha 5 de marzo de 2020, autoriza al Ministerio de Salud, a las entidades territoriales autónomas, y a las entidades de la Seguridad Social de Corto Plazo, de manera excepcional, efectuar la contratación directa de medicamentos, dispositivos médicos, insumos, reactivos, equipamiento médico, y servicios de consultoría de personal en salud, para la prevención, control y atención de la “emergencia de salud pública de importancia internacional” provocada por el coronavirus (COVID-19).
2. DECRETO SUPREMO N° 4179, de fecha 12 de marzo de 2020, declara Situación de Emergencia Nacional por la presencia del brote de Coronavirus (COVID-19) y otros eventos adversos.
3. DECRETO SUPREMO N° 4190, de fecha 13 de marzo de 2020 dispone la suspensión de vuelos directos desde y hacia Europa.
4. DECRETO SUPREMO N° 4192, de fecha 16 de marzo de 2020, establece medidas de prevención y contención para la emergencia nacional contra el brote del Coronavirus (COVID-19) en todo el territorio nacional.
5. DECRETO SUPREMO N° 4196, de fecha 17 de marzo de 2020, declara emergencia sanitaria nacional y cuarentena en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia, contra el brote del Coronavirus (COVID19).
6. DECRETO SUPREMO N° 4197, de fecha 18 de marzo de 2020 otorga por única vez el Bono Familia y establece la reducción temporal de tarifas eléctricas.
7. DECRETO SUPREMO N° 4198, de fecha 18 de marzo de 2020, establece medidas tributarias de urgencia y temporales durante la situación de Emergencia Nacional por la presencia del brote del Coronavirus (COVID-19) y fenómenos adversos reales e inminentes declarada mediante Decreto Supremo N° 4179, de 12 de marzo de 2020.
8. DECRETO SUPREMO N° 4199, de fecha 21 de marzo de 2020, declara Cuarentena Total en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia, contra el contagio y propagación del Coronavirus (COVID-19).
9. DECRETO SUPREMO N° 4200, de fecha 25 de marzo de 2020, tiene por objeto reforzar y fortalecer las medidas en contra del contagio y propagación del Coronavirus (COVID-19) en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia.
10. DECRETO SUPREMO N° 4201, de fecha 25 de marzo de 2020, asigna funciones a la Central de Abastecimientos y Suministros de Salud – CEASS y establece procedimientos y mecanismos ágiles y oportunos para la adquisición de medicamentos, dispositivos médicos, insumos, reactivos, equipamiento médico y servicios de consultoría de personal en salud, para el periodo de implementación de las acciones y medidas de vigilancia epidemiológica, prevención, contención, diagnóstico, atención y tratamiento de la enfermedad del Coronavirus (COVID-19) dentro del territorio nacional.
11. DECRETO SUPREMO N° 4204, de fecha 01 de abril de 2020, dispone que durante el periodo de emergencia sanitaria nacional que implica la implementación de las acciones y medidas de vigilancia epidemiológica, prevención, contención, diagnóstico, atención y tratamiento del Coronavirus (COVID-19), se exceptúa a los profesionales y trabajadores en salud, de la aplicación del Artículo 17 de la Ley N° 614, de 13 de diciembre de 2014 y del Artículo 6 de la Ley N° 856, de 28 de noviembre de 2016, vigentes por los incisos n) y r) de la Disposición Final Quinta de la Ley N° 1267, de 20 de diciembre de 2019, del Presupuesto General



del Estado Gestión 2020. Los profesionales y trabajadores en salud podrán desempeñar funciones más allá de las cargas horarias establecidas, en diferentes establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud. Se exceptúa de la aplicación del presente Artículo a los profesionales y trabajadores en salud que desempeñan funciones administrativas.

12. DECRETO SUPREMO N° 4205, de fecha 01 de abril de 2020, reglamenta la Ley N° 1293, de 1° de abril de 2020, para la Prevención, Contención y Tratamiento de la Infección por el Coronavirus (COVID-19).
13. DECRETO SUPREMO N° 4211, de fecha 8 de abril de 2020, difiere de manera temporal el Gravamen Arancelario a cero por ciento (0%) por el plazo de dos (2) años computables desde la entrada en vigencia del presente Decreto Supremo, para la importación de las mercancías identificadas a nivel de subpartidas arancelarias del Arancel Aduanero de Importaciones de Bolivia que en Anexo forma parte indivisible de la presente norma.
14. DECRETO SUPREMO N° 4214, de fecha 14 de abril de 2020, amplía el plazo de la cuarentena total dispuesto por el Parágrafo I del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 4200, de 25 de marzo de 2020, hasta el día jueves 30 de abril de 2020, en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia, en el marco de la declaratoria de emergencia sanitaria y cuarentena total.
15. DECRETO SUPREMO N° 4217, de fecha 14 de abril de 2020, autoriza la contratación de un seguro para los profesionales y trabajadores en salud relacionados con el Coronavirus (COVID-19).
16. DECRETO SUPREMO N° 4223, de fecha 20 de abril de 2020, en el marco de la Ley N° 1293, de 01 de abril de 2020, y en resguardo al derecho fundamental a la vida y a la salud, autoriza al Ministerio de Relaciones Exteriores realizar transferencias público-privadas en especie, durante el periodo de la emergencia sanitaria provocada por el Coronavirus (COVID-19), destinados a gastos de alimentación, cremación de restos mortales, compra de productos de limpieza, higiene, sanitarios, y otros, a favor de ciudadanos bolivianos en el exterior en situación de vulnerabilidad y/o emergencia.
17. DECRETO SUPREMO N° 4224, de fecha 24 de abril de 2020, autoriza a la Agencia de Infraestructura en Salud y Equipamiento Médico - AISEM, mientras dure la declaratoria de emergencia sanitaria nacional, realizar las siguientes actividades: a) Gestionar y/o adquirir reactivos e insumos; b) Gestionar y/o adquirir medicamentos; c) Gestionar y/o adquirir dispositivos médicos consumibles; d) Gestionar y/o adquirir repuestos para el mantenimiento del equipamiento médico; e) Gestionar y contratar recursos humanos.
18. DECRETO SUPREMO N° 4227, de fecha 28 de abril de 2020, difiere a cero por ciento (0%) el Gravamen Arancelario la importación de insumos, medicamentos, dispositivos médicos y equipamiento, adquiridos o donados, para la atención del Coronavirus (COVID-19), diabetes tipo I y II, enfermedades renales, enfermedades cardiovasculares, enfermedades neurológicas y enfermedades oncológicas; establecidos a nivel de subpartida arancelaria que en anexo forma parte indivisible del presente Decreto Supremo.
19. DECRETO SUPREMO N° 4228, de fecha 28 de abril de 2020, establece medidas y procedimientos excepcionales, durante la vigencia de la emergencia sanitaria nacional, para la inhumación y/o cremación de fallecidos bolivianos y extranjeros por Coronavirus (COVID-19) en territorio nacional, a fin de mitigar su propagación.
20. DECRETO SUPREMO N° 4229, de fecha 29 de abril de 2020, tiene por objeto: a) Ampliar la vigencia de la cuarentena por la emergencia sanitaria nacional del COVID-19 desde el

- 1 al 31 de mayo de 2020; b) Establecer la Cuarentena Condicionada y Dinámica, en base a las condiciones de riesgo determinadas por el Ministerio de Salud, en su calidad de Órgano Rector, para la aplicación de las medidas correspondientes que deberán cumplir los municipios y/o departamentos.
21. DECRETO SUPREMO N° 4231, de fecha 07 de mayo de 2020, tiene por objeto: "I. Se autoriza al Ministerio de Salud cubrir los gastos por el tratamiento de radioterapia básica convencional (externa) y/o braquiterapia de alta tasa (interna), hasta el uno (1) de octubre de 2020, en los establecimientos de salud del Subsector Público, Privado y de la Seguridad Social a Corto Plazo, a favor de los pacientes con cáncer de escasos recursos económicos y que no cuenten con ningún seguro de salud."
  22. DECRETO SUPREMO N° 4245, de fecha 28 de mayo de 2020, tiene por objeto: a) Continuar con la cuarentena nacional, condicionada y dinámica hasta el 30 de junio de 2020, según las condiciones de riesgo en las jurisdicciones de las Entidades Territoriales Autónomas – ETA's; b) Iniciar las tareas de mitigación para la ejecución de los Planes de Contingencia por la Pandemia del Coronavirus (COVID-19) de las ETA's en el marco de la Ley N° 602, de 14 de noviembre de 2014, de Gestión de Riesgos.
  23. DECRETO SUPREMO N° 4252, de fecha 28 de mayo de 2020, en el marco de la cuarentena condicionada y dinámica y ante el crecimiento de las cifras de casos confirmados del Coronavirus (COVID-19) en los municipios de La Santísima Trinidad del Departamento del Beni y de Montero del Departamento de Santa Cruz, dispone adoptar las medidas de contingencia necesarias, sanitarias y económicas en beneficio de dichos municipios.
  24. DECRETO SUPREMO N° 4276, de 26 de junio de 2020, amplía el plazo de cuarentena nacional, condicionada y dinámica.
  25. DECRETO SUPREMO N° 4278 de 30 de junio de 2020, establece medidas y amplía los plazos para la Seguridad Social de Largo Plazo en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia, ante la ampliación de la cuarentena nacional, condicionada y dinámica por la Pandemia del Coronavirus (COVID-19).
  26. DECRETO SUPREMO N° 4290 de 15 de julio de 2020, otorga atención en salud gratuita por COVID-19 a personas en situación de calle y población en situación de riesgo social que no se adscribieron al Sistema Único de Salud o no cuentan con Cédula de Identidad.
  27. DECRETO SUPREMO N° 4295 de 24 de julio de 2020, establece de manera excepcional un procedimiento ágil y oportuno para otorgar Certificado de incapacidad temporal por Coronavirus (COVID-19) y Altas médicas derivadas del contagio del Coronavirus (COVID-19) al personal de entidades públicas y privadas por parte de los entes gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo.
  28. DECRETO SUPREMO N° 4301 de 24 de julio de 2020, declara Calamidad Pública en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia para la atención de necesidades impostergables de carácter económico ocasionadas por los efectos negativos del Coronavirus (COVID-19).
  29. DECRETO SUPREMO N° 4302 de 31 de julio de 2020, amplía el plazo de la cuarentena nacional, condicionada y dinámica dispuesto por el Parágrafo I del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 4276, de 26 de junio de 2020, hasta el 31 de agosto de 2020.
  30. DECRETO SUPREMO N° 4304 de 31 de julio de 2020, declara prioritaria la importación de oxígeno líquido medicinal, cilindros para oxígeno, concentradores y generadores de oxígeno, para disponibilidad de toda la población boliviana.

31. DECRETO SUPREMO N° 4314 de 27 de agosto de 2020, establece la transición de la cuarentena a la fase de post confinamiento, estableciendo las medidas con vigilancia comunitaria activa de casos de Coronavirus (COVID-19).
32. DECRETO SUPREMO N° 4325 de 07 de septiembre de 2020, reglamenta la aplicación del Artículo 7 de la Ley N° 1309, de 30 de junio de 2020, que Coadyuva a Regular la Emergencia por el COVID-19.
33. DECRETO SUPREMO N° 4352 de 29 de septiembre de 2020, amplía la vigencia de las medidas de la fase de post confinamiento con vigilancia comunitaria activa de casos de Coronavirus (COVID-19), establecidas por el Decreto Supremo N° 4314, de 27 de agosto de 2020 y sus modificaciones, hasta el 31 de octubre de 2020.
34. DECRETO SUPREMO N° 4387 de 28 de octubre de 2020, amplía la vigencia de las medidas de la fase de post confinamiento con vigilancia comunitaria activa de casos de Coronavirus (COVID-19), establecidas por el Decreto Supremo N° 4314, de 27 de agosto de 2020 y sus modificaciones, hasta el 30 de noviembre de 2020.

### **CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (CIDH)**

1. RESOLUCIÓN N° 01/2020, de fecha 10 de abril de 2020, "PANDEMIA Y DERECHOS HUMANOS EN LAS AMÉRICAS", emitida ante la emergencia sanitaria global sin precedentes que enfrentan las Américas y el mundo, ocasionada por la rápida propagación global del virus COVID-19, declarada como pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La Resolución fue elaborada bajo la convicción de que las medidas adoptadas por los Estados en la atención y contención del virus deben tener como centro el pleno respeto de los derechos humanos.
2. RESOLUCIÓN N° 04/2020, de fecha 27 de julio de 2020, "DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON COVID-19", establece las "Directrices interamericanas sobre los derechos humanos de las personas con COVID-19", elaborada por la Sala de Coordinación para Respuesta Oportuna e Integrada (SACROI-COVID19).
3. RESOLUCION N° 01/2018 de fecha 16 de marzo de 2018, "CORRUPCION Y DERECHOS HUMANOS". Resolución emitida considerando que la corrupción es un complejo fenómeno que afecta a los derechos humanos en su integralidad –civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales–, así como al derecho al desarrollo; que debilita la gobernabilidad y las instituciones democráticas, fomenta la impunidad, socava el Estado de Derecho y exacerba la desigualdad.

# 2



DEFENSORÍA DEL PUEBLO  
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

## **SEGUNDA PARTE**

JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS,  
ALCANCE Y MECANISMOS  
DE INTERVENCIÓN





## SEGUNDA PARTE

# JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS, ALCANCE Y MECANISMOS DE INTERVENCIÓN

### I. JUSTIFICACIÓN

Al declararse la COVID-19 una pandemia, la Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Carissa F. Etienne, el 18 de marzo, convocó a todos los países de la región de las Américas a que adopten medidas de inmediato para reorganizar sus servicios de salud y proteger a los profesionales de la salud con el fin de atender en forma segura a pacientes con la enfermedad por el coronavirus 2019 y salvar vidas: *“Este es el momento de que los países aumenten su capacidad para detectar casos y atender a los pacientes; y se aseguren de que los hospitales tengan el espacio, los suministros y el personal para brindar la atención necesaria”*. Llamó a los líderes a seguir involucrando a los ciudadanos y a todos los sectores en la respuesta de salud pública: *“Si todos colaboran, todavía no es demasiado tarde para contener la situación, aplanar la curva de la epidemia y así evitar sobrecargar a los servicios de salud para que puedan dar los cuidados a todos los que los requieran”*.<sup>11</sup>

En este contexto, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en fecha 10 de abril de 2020, adoptó la Resolución N° 1/2020 y en 27 de julio de 2020, la Resolución N° 4/2020, cuyos aspectos importantes tienen como base la adopción de políticas para prevenir eficazmente el contagio, así como de medidas de seguridad social y el acceso a sistemas de salud pública que faciliten el diagnóstico y tratamiento oportuno y asequible, a fin de brindar a las poblaciones en situación de vulnerabilidad la atención integral de la salud física y mental, sin discriminación, y considera, además, el riesgo de un posible desborde de los sistemas de salud de los Estados de la región por el alto grado de contagio del virus. En cuanto a la segunda Resolución, hace referencia a personas con COVID-19, en ella engloba, según corresponda, a las personas presumiblemente contagiadas por el virus, a las personas que están en fase pre-sintomática, sintomática (leves, moderados, severos o críticos), así como las asintomáticas, a quienes se someten a pruebas de investigación médica, y a las víctimas mortales por la pandemia y a sus familias y/o cuidadores/as. Asimismo, el concepto de familia debe ser comprendido en su más amplio espectro para garantizar el reconocimiento de los vínculos afectivos y raciales diversos, respetando la orientación sexual y la identidad de género de las personas, de acuerdo con los estándares establecidos en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos.

<sup>11</sup> [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=15758:paho-director-to-health-ministers-reorganize-health-services-to-care-for-covid-19-patients-and-save-lives&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15758:paho-director-to-health-ministers-reorganize-health-services-to-care-for-covid-19-patients-and-save-lives&Itemid=1926&lang=es)

El Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia emitió leyes y decretos que tienen por objeto normar la atención de la referida enfermedad y todos los temas secundarios que la misma genera, entre otras: dotación, administración de insumos médicos, medicamentos, recursos económicos, recursos humanos, etc. Sin embargo, existen aspectos que no fueron normados de manera oportuna y adecuada, tal el caso del beneficio de gratuidad en la prestación del servicio de atención a pacientes que adolecen del COVID-19, omitiendo la inclusión de ciertos principios rectores y medidas urgentes plasmadas en la Resolución N° 01/2020, adoptada por la CIDH.

Este tipo de falta de perspectiva legal integral en la atención de la PANDEMIA por la COVID – 19, se complementa con el incremento sustancial e imprevisto en el número de pacientes afectados, de modo que se prevé que, de mantener la progresión diaria de contagios, el Sistema Nacional de Salud se vea sobrepasado y rebasado en cuanto a infraestructura, material, insumos y otros, en la atención oportuna y en el marco de los principios y medidas recomendadas por la CIDH.

Considerando que la salud es un derecho humano reconocido en el *corpus iuris* internacional de los derechos humanos, y que es un bien público que debe ser protegido por todos los Estados, y un derecho de carácter inclusivo que guarda correspondencia con el goce de otros derechos, que comprende sus determinantes básicas y sociales como el conjunto de factores que condicionan su efectivo ejercicio y disfrute, la institución defensorial está en la obligación de develar las decisiones, acciones y conductas que vulneran este derecho y que están afectando la vida y salud de la población en tiempos de pandemia.

La presente investigación responde al mandato constitucional de la Defensoría del Pueblo como institución de derecho público nacional encargada de velar por la vigencia, promoción, difusión y cumplimiento de los derechos humanos individuales y colectivos reconocidos por la Constitución Política del Estado, las Leyes y los Instrumentos Internacionales, en este sentido, su abordaje es imprescindible, en el marco de sus competencias y tratándose de la salud como un derecho humano fundamental, mismo que se encuentra vulnerado de manera sistemática desde el inicio de la pandemia.

Se advierte, además, que las recomendaciones de la CIDH emanadas a sus Estados miembros no habrían sido consideradas por el Gobierno Transitorio, tales como la adopción de forma inmediata, urgente y con la debida diligencia, de todas las medidas que sean adecuadas para proteger los derechos a la vida, salud e integridad personal de las personas frente al riesgo que representa la pandemia; la adopción de manera inmediata e interseccional del enfoque de derechos humanos en toda estrategia, política o medida estatal dirigida a enfrentar la pandemia del COVID-19, las cuales deben estar apegadas al respeto irrestricto de los estándares interamericanos e internacionales en materia de derechos humanos, en el marco de su universalidad, interdependencia, indivisibilidad y transversalidad, particularmente, de los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (DESCA); así como aquellas medidas enfocadas de manera prioritaria a prevenir los contagios y brindar un tratamiento médico adecuado a las personas que lo requieran. Asimismo, no se tomaron las previsiones necesarias ante escenarios totalmente previsibles como el contagio del personal de salud, el colapso de los hospitales centinelas y otros aspectos que se desarrollarán en el presente informe, razones por las que queda, claramente, justificada la intervención defensorial. Decisiones que ponen

en riesgo el derecho de toda persona a gozar del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, así como el derecho a una atención de salud oportuna y apropiada, y al ejercicio de los elementos esenciales e interrelacionados de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios, bienes e instalaciones de salud, incluyendo los medicamentos en condiciones de igualdad y no discriminación.**OBJETIVO GENERAL**

El objetivo de la presente investigación es develar la ineficiencia en el manejo de la pandemia COVID-19, así como el incumplimiento de las directrices emanadas de la CIDH, debido a las decisiones adoptadas por los distintos niveles de gobierno: Central, Gobiernos Autónomos Departamentales y Municipales, demandando el inicio de las acciones de responsabilidad, a través de las instancias correspondientes, por la afectación a los derechos a la salud y vida de la población, lo cual permitirá detectar las falencias y necesidades del Sistema Nacional de Salud.

La Defensoría del Pueblo, desde el inicio de la pandemia, ha visto con preocupación el abordaje que el Gobierno Transitorio le dió a la atención de la COVID-19, la falta de oportunidad en la toma de decisiones y acciones, la falta de experiencia y hasta el desconocimiento de aspectos técnicos, legales y administrativos que han perjudicado la dirección de la pandemia. A estas inquietudes responde el objetivo principal de la presente investigación.

## **II. OBJETIVOS**

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Evidenciar la capacidad de respuesta de los establecimientos de salud designados como centinelas, en el contexto de la pandemia.
- Establecer la situación de pacientes de otras patologías no COVID-19 en cuanto a su atención y tratamientos.
- Determinar la suficiente y oportuna toma de pruebas COVID-19 masivas.
- Verificar el funcionamiento de los laboratorios para el procesamiento de pruebas COVID-19.
- Establecer las previsiones adoptadas para la dotación de equipamiento e insumos a hospitales COVID-19.
- Determinar la oportunidad y eficacia de los rastrillajes.
- Revelar el papel de las clínicas privadas en la lucha contra la pandemia.
- Determinar la vulneración de derechos de los trabajadores en salud, relacionados a la falta de previsión en la dotación de equipos de bioseguridad y el pago de salarios.
- Evidenciar la existencia de planes de contingencia en la atención de la COVID-19.
- Develar las afectaciones directas a la salud como producto de las denuncias de actos de corrupción.
- Determinar las falencias en el manejo de cadáveres COVID 19, hornos crematorios y fosas comunes.
- Establecer la atención en salud mental a pacientes COVID-19, personal de salud y población en general.
- Establecer el manejo de medicamentos para el tratamiento de la COVID-19.
- Determinar la existencia de una posición técnica al manejo de medios alternativos de tratamiento de la COVID-19.



### III. ALCANCE

La investigación tiene un alcance nacional que involucra a las diferentes regiones del país, así como a los establecimientos de salud en general, tanto del sector público, seguridad social a corto plazo y sector privado, divididos en Hospitales COVID-19 y Hospitales No COVID-19.

#### Hospitales Públicos y de la Seguridad Social de Corto Plazo COVID-19

N°	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DEPARTAMENTO
1	Hospital Municipal Cotahuma	La Paz
2	Hospital General N° 8 Luis Uría de la Oliva C.N.S.	La Paz
3	Caja Petrolera de Salud	La Paz
4	Hospital del Norte	La Paz/ El Alto
5	Hospital General Bloque Oruro Corea	Oruro
6	Hospital Obrero N° 4 C.N.S.	Oruro
7	Hospital Centro COVID de la avenida Sevilla	Potosí
8	Hospital Obrero N° 5 C.N.S.	Potosí
9	Hospital Clínico Viedma	Cochabamba
10	Hospital del Sud	Cochabamba
11	Hospital del Norte	Cochabamba
12	Hospital Solomón Klein	Cochabamba
13	Hospital Elizabeth Seton de la C.P.S.	Cochabamba
14	Hospital Obrero N° 2 de la C.N.S.	Cochabamba
15	Hospital San Pedro Claver	Chuquisaca
16	Hospital Obrero N° 6 “Jaime Mendoza”	Chuquisaca
17	Hospital COVID Regional San Juan de Dios	Tarija
18	Hospital Obrero N° 7	Tarija
19	Hospital Japonés	Santa Cruz
20	Hospital Caja Petrolera de Salud	Santa Cruz
21	Hospital Centro Centinela COVID-19	Beni
22	Hospital C.N.S.	Beni
23	Hospital “Dr. Hernán Messuti Ribera”	Pando

#### Hospitales Públicos y de la Seguridad Social a Corto Plazo NO COVID-19

N°	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DEPARTAMENTO
1	Hospital Municipal Modelo Corea	La Paz/El Alto
2	Hospital Centro de Salud María Auxiliadora	Oruro
3	Hospital San Roque	Potosí
4	Hospital Centro Integral de Medicina Familiar Manuel Ascencio Villarroel - CIMFA de la C.N.S.	Cochabamba
5	Hospital Centro de Salud Quintanilla	Cochabamba
6	Hospital Materno Infantil Germán Urquidí	Cochabamba
7	Policlínico de la Caja Petrolera de Salud	Cochabamba
8	Hospital Cochabamba Segundo Nivel	Cochabamba

9	Hospital Policlínico de Atención Integral en Salud de Especialidades - PAISE de la C.N.S.	Cochabamba
10	Hospital Regional San Juan de Dios	Tarija
11	Hospital Obrero N° 7	Tarija
12	Hospital Francies Segundo Nivel	Santa Cruz
13	Hospital Centro de Salud Central	Beni
14	Hospital Obrero N° 9 Caja Nacional de Salud	Pando
15	Hospital Roberto Galindo Terán	Pando

## - MECANISMOS DE INTERVENCIÓN

- Requerimientos de Informe Escrito

Dirigidos a autoridades de Gobierno del Nivel Central del Estado, del Nivel Departamental (SEDES), del Nivel Municipal (GAM's), así como a la Fiscalía General del Estado y Policía Boliviana.

- Verificaciones Defensoriales a laboratorios de acuerdo al siguiente detalle:

Laboratorios Hospitales Públicos y SEDES:

N°	LABORATORIO	DEPARTAMENTO
1	INLASA	La Paz
2	Laboratorio Biomolecular Hospital General San Juan de Dios	Oruro
3	Hospital Daniel Bracamonte	Potosí
4	Laboratorio Departamental de Referencia	Cochabamba
5	Hospital del Norte	Cochabamba
6	Hospital del Sur	Cochabamba
7	Laboratorio del Hospital Cuschieri de Colcapirhua	Cochabamba
8	Hospital San Pedro Claver	Chuquisaca
9	Hospital Regional San Juan de Dios	Tarija
10	Laboratorio Departamental De Referencia	Tarija
11	CENETROP	Santa Cruz
12	Hospital Japonés	Santa Cruz
13	Laboratorio Sedes	Beni
14	Hospital Presidente Germán Busch	Beni
15	Laboratorio SEDES	Pando

Laboratorios de la Seguridad Social

N°	LABORATORIO	DEPARTAMENTO
1	CNS Policonsultorio 9 de Abril	La Paz
2	Policlínico de Atención Integral de Servicio de Especialidades (P.A.I.S.E.) – Caja Nacional de Salud	La Paz
3	Hospital Obrero N° 4 Laboratorio de extracción de muestras y remisión a procesamiento	Oruro

N°	LABORATORIO	DEPARTAMENTO
4	Caja Nacional de Salud	Potosí
5	Hospital Obrero N° 2 Caja Nacional de Salud	Cochabamba
6	Laboratorio Lourdes	Tarija
7	Laboratorio CPS	Santa Cruz
8	Hospital Obrero N° 8 de la CNS	Beni
9	Laboratorio del Hospital Obrero N° 9	Pando

- Entrevistas a Directores Técnicos de los SEDES, a Directores y autoridades de hospitales públicos COVID-19, hospitales públicos no COVID-19, hospitales de la seguridad social a corto plazo, COVID-19 y NO COVID-19.
- Testimonios de pacientes aquejados con COVID-19, personal médico y familiares de fallecidos por COVID-19.
- Notas de prensa de medios escritos, medios televisivos y otros cuyo período comprende de enero a septiembre de la presente gestión.

# 3



DEFENSORÍA DEL PUEBLO  
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

## TERCERA PARTE

OBLIGACIONES DE LAS  
INSTITUCIONES  
DEL ESTADO





## **TERCERA PARTE**

# **OBLIGACIONES DE LAS INSTITUCIONES DEL ESTADO**

A fin de contextualizar el papel que deben cumplir las diferentes instancias estatales, es necesario establecer su rol en el marco de sus atribuciones y competencias establecidas en normativa vigente.

### **I. ROL DE LAS INSTANCIAS INVOLUCRADAS EN LA TEMÁTICA**

La Constitución Política del Estado, en actual vigencia, incorpora de manera expresa la universalidad del derecho a la salud como derecho fundamental, garantizando la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. A su vez, el Artículo 37 de la CPE establece la responsabilidad indeclinable del Estado de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera, priorizando la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Asimismo, la normativa específica de organización del Órgano Ejecutivo del Nivel Central del Estado, encarga esta responsabilidad al Ministerio de Salud que ejerce la Rectoría de todo el Sistema Nacional de Salud.

#### **NIVEL CENTRAL**

##### **- ÓRGANO EJECUTIVO DEL NIVEL CENTRAL DEL ESTADO**

Presidenta del Estado Plurinacional de Bolivia.- Tiene atribuciones definidas para (entre otras) proponer y dirigir las políticas de gobierno y de Estado, dirigir la administración pública y coordinar la acción de los Ministros de Estado, dictar decretos supremos y resoluciones, administrar las rentas estatales y decretar su inversión por intermedio del Ministerio del ramo, de acuerdo a las leyes y con estricta sujeción al Presupuesto General del Estado.

##### **- MINISTERIO DE SALUD**

El Decreto Supremo N° 29894 de Organización del Órgano Ejecutivo, modificado, entre otros, por el Decreto Supremo N° 4393, en el inciso f) del Artículo 90 delega al Ministerio de Salud, como una de sus atribuciones, garantizar la salud de la población a través de la promoción, prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades, es decir, el Gobierno central es el encargado de regular y emitir los lineamientos generales para la promoción, prevención y atención de todo mal que aqueje a la población en su conjunto, como el caso de la pandemia originada por la COVID-19.

El 01 de abril de 2020 entra en vigencia la Ley para la Prevención, Contención y Tratamiento de la Infección por el Coronavirus (COVID-19), que tiene por objeto declarar de interés y prioridad nacional, las actividades, acciones y medidas necesarias para la prevención, contención y tratamiento de la infección por el Coronavirus (COVID-19).

Es importante referir que la Ley N° 1293, en su Artículo 3, establece que el Órgano Ejecutivo en coordinación con las entidades territoriales autónomas, en el marco de sus atribuciones y competencias, implementará las actividades, acciones y medidas necesarias y oportunas para la prevención, contención y tratamiento de la infección por el Coronavirus (COVID-19); en ese sentido, el Órgano Ejecutivo del Nivel Central del Estado promulga el Decreto Supremo N° 4205 de fecha 1 de abril de 2020, que reglamenta la Ley N° 1293, de 1 de abril de 2020, para la Prevención, Contención y Tratamiento de la Infección por el Coronavirus (COVID-19). Asimismo, define que los establecimientos de salud, clínicas y otros de los subsectores público, de la seguridad social de corto plazo y privado del Sistema Nacional de Salud, están integrados al Sistema de Defensa Civil bajo mando del Consejo Nacional para la Reducción de Riesgos y Atención de Desastres y/o Emergencias - CONARADE, por lo que están obligados a atender el diagnóstico, control, atención y tratamiento del Coronavirus (COVID-19) de forma inmediata y sin consideraciones de ninguna naturaleza, siendo la infraestructura, equipamiento y personal priorizados y destinados conforme requerimientos y organización determinada por el Ministerio de Salud.

#### **- CONSEJO NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE RIESGOS Y ATENCIÓN DE DESASTRES Y/O EMERGENCIAS –CONARADE**

Por mandato del Artículo 8 de la Ley de Gestión de Riesgos N° 602, el CONARADE es la instancia superior de decisión y coordinación. Por su parte, el Artículo 11 de la mencionada Ley establece la creación del Comité de Operaciones de Emergencia Nacional - COEN, bajo la dirección y coordinación general del Viceministerio de Defensa Civil, encargada de organizar y articular las mesas técnicas sectoriales conformadas por instituciones públicas y privadas relacionadas con la atención de desastres y/o emergencias y la recuperación; el Artículo 13 establece que el Comité de Operaciones de Emergencia Departamental - COED y el Comité de Operaciones de Emergencia Municipal - COEM, serán conformados, activados y liderados por los gobiernos autónomos departamentales y municipales a través de sus áreas funcionales o unidades organizacionales de gestión de riesgos en coordinación con el Viceministerio de Defensa Civil.

#### **- SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO**

Por disposición contenida en el Decreto Supremo N° 4205, de 1 de abril de 2020, las entidades de la seguridad social de corto plazo deben disponer de los recursos acumulados en caja y bancos con la finalidad de priorizar obligatoriamente la adquisición de equipos de bioseguridad, mobiliario, medicamentos, insumos, reactivos, equipamiento y la contratación de recursos humanos para sus establecimientos de salud, a fin de proporcionar la atención a sus afiliados para enfrentar la emergencia sanitaria nacional por el coronavirus (COVID-19) y dotar de manera gratuita medicamentos para las personas

infectadas y material de bioseguridad apropiados para la adopción de los protocolos de limpieza y protección que resulten necesarios en los establecimientos de salud y locales que se encuentren bajo su administración.

#### **- AUTORIDAD DE SUPERVISIÓN DE SEGURO SOCIAL A CORTO PLAZO (ASUSS)**

La ASSUS, por mandato legal contenido en el Decreto Supremo N° 3561, de 15 de mayo de 2018, con la finalidad de regular, controlar, supervisar y fiscalizar la seguridad social de corto plazo, en base a sus principios, protegiendo los intereses de los trabajadores asegurados y beneficiarios, en el marco del Código de Seguridad Social, su Reglamento y normas conexas, entre otras atribuciones, emite normativa regulatoria para regular, supervisar, controlar, fiscalizar, inspeccionar y sancionar administrativamente a los entes eestores de la seguridad social de corto plazo, conforme reglamento específico.

### **NIVEL DEPARTAMENTAL**

En el marco del Numeral 1 del Parágrafo III del Artículo 81 de la Ley N° 031 Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Babiñez”, los gobiernos autónomos departamentales (GAD) ejercen la rectoría en salud, en el departamento, para el funcionamiento del Sistema Único de Salud en el marco de las políticas nacionales; deben, asimismo, ejercer control en el funcionamiento y atención con calidad de todos los servicios públicos, privados, sin fines de lucro, seguridad social y prácticas relacionadas con la salud con la aplicación de normas nacionales; ejercer control, en coordinación con los gobiernos autónomos municipales (GAM), del expendio y uso de productos farmacéuticos, químicos o físicos relacionados con la salud. El Decreto Supremo N° 4205, de 1 de abril de 2020, establece que las entidades territoriales autónomas (ETA's) proveerán de los equipos de bioseguridad, mobiliario, medicamentos, insumos, reactivos, equipamiento, así como otros suministros, y la contratación de recursos humanos para los establecimientos de salud del subsector público para enfrentar la emergencia sanitaria nacional por el coronavirus (COVID-19).

### **NIVEL MUNICIPAL**

En el marco del Numeral 1 del Parágrafo III del Artículo 81 de la Ley N° 031 Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Babiñez”, los gobiernos autónomos municipales (GAM) deben administrar la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención organizados en la Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural; deben asimismo, ejecutar el componente de atención de salud haciendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en las comunidades urbanas y rurales. Por su parte, el Decreto Supremo N° 4205, de 1 de abril de 2020, establece que las entidades territoriales autónomas proveerán de los equipos de bioseguridad, mobiliario, medicamentos, insumos, reactivos, equipamiento, así como otros suministros, y la contratación de recursos humanos para los establecimientos de salud del subsector público para enfrentar la emergencia sanitaria nacional por el coronavirus (COVID-19).



## II. POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL

- En la gestión 2008, el Estado en cumplimiento a sus funciones ha desarrollado la política denominada Programa de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCl), que es la política de salud del Estado Plurinacional de Bolivia que se constituye en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer salud. Complementa y articula, recíprocamente, al personal de salud y médicos tradicionales de las naciones y pueblos indígenas originario campesinos con la persona, familia, comunidad, madre tierra y cosmos. Esta complementación y articulación se da en base a sus organizaciones en la Gestión Participativa – Control Social y la Atención Integral Intercultural de la Salud.
- El objetivo del modelo de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud (buscando la autogestión); brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población.
- Es la estrategia de implementación del modelo SAFCl como un proceso político de movilización social y continua, por el cual el equipo de salud se involucra con los actores sociales facilitando su organización y movilización para responder a la problemática de salud y sus determinantes para lograr el Vivir Bien en relación directa con el estado de bienestar general. Este proceso abarca las acciones encaminadas a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, y dirigidas a modificar y mejorar sus condiciones sociales, económicas y ambientales.
- El modelo de atención de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio.

# 4



DEFENSORÍA DEL PUEBLO  
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

## **CUARTA PARTE**

# INVESTIGACIÓN Y RESULTADOS





## CUARTA PARTE

# INVESTIGACIÓN Y RESULTADOS

### I. DIAGNÓSTICO

#### ACCIONES DE PREVENCIÓN CONTRA LA COVID-19

Por mandato legal, contenido en el Decreto Supremo N° 4205, de fecha 1 de abril de 2020, por el cual se reglamentó la Ley N° 1293 de igual fecha, se dispone que el Ministerio de Comunicación, en coordinación con el Ministerio de Salud, elaboren y aprueben la Estrategia Comunicacional para la generación e implementación de campañas educativas e informativas de prevención, contención y tratamiento de la infección por coronavirus (COVID-19) y se encarga, a la cartera de Comunicación, en el marco de la Estrategia Comunicacional, elaborar y difundir materiales audiovisuales y gráficos, y diseñar y ejecutar campañas comunicacionales en todo el territorio boliviano, con el fin de informar, sensibilizar y concientizar sobre las causas, riesgos y consecuencias de la infección por el coronavirus (COVID-19).

Es importante señalar que en fecha 24 de enero de 2020, profesionales en salud de forma pública manifestaron su preocupación porque, a esa altura, Bolivia aún no contaba con medidas preventivas de bioseguridad para la COVID-19, así lo expresaron al señalar: *“(...) que el país no cuenta con medidas de bioseguridad en hospitales y aeropuertos internacionales para atender posibles casos sospechosos de Coronavirus. Explicaron que en los aeropuertos deberían contar con una sala de aislamiento”*.<sup>12</sup> En una posible respuesta a esta inquietud, conforme reportes de prensa, el Gobierno instaló, el 11 de febrero de 2020, puntos de prevención de bioseguridad contra el coronavirus en los aeropuertos de El Alto, Cochabamba y Santa Cruz, para procurar garantizar y cuidar la salud de la población boliviana.<sup>13</sup>

Desde el inicio de las acciones planteadas por el nivel central del Estado, se pudo advertir que la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), a partir de febrero de 2020, trabajó en coordinación con el Ministerio de Salud de Bolivia en una serie de acciones destinadas a procurar fortalecer la preparación y respuesta del país para prevenir y controlar un evento respiratorio inusitado como el coronavirus, denominado por la OMS como COVID-19. En Bolivia, una de las primeras acciones más relevantes gestionadas por la OMS fue lograr que el Ministerio de Salud de Brasil brinde asistencia en la implementación de la técnica

<sup>12</sup> <https://www.atb.com.bo/sociedad/bolivia-no-tiene-medidas-de-bioseguridad-para-posibles-casos-de-Coronavirus-seg%C3%BAAn-especialistas>

<sup>13</sup> <https://www.presidencia.gob.bo/index.php/prensa/noticias/1189-gobierno-instala-puntos-de-prevencion-contra-el-Coronavirus-en-aeropuertos-de-la-paz-cochabamba-y-santa-cruz>

para el diagnóstico de coronavirus, a través de la capacitación al personal del laboratorio del CENETROP en la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) de ese país; asimismo, dotó al referido laboratorio de insumos y controles de calidad para el diagnóstico y, por otro lado, fortaleció el laboratorio de virología con la donación de un termociclador, un ultracongelador < 80 C° y una cabina de bioseguridad.

### **Medidas de prevención adoptadas por el Estado Boliviano**

Desde el momento en que se produjo la notificación de China a la OMS/OPS sobre el brote, y posterior epidemia de COVID-19, la OPS, el 16 de enero, emitió una alerta epidemiológica a sus países miembros en la que recomendaba fortalecer las actividades de vigilancia para detectar cualquier evento inusual de salud respiratoria. En Bolivia, la OPS/OMS, asistió técnicamente al personal profesional y técnico del Ministerio de Salud y al Estado, en general; así por ejemplo, por sugerencia y recomendación de la OMS, se organizó un Comité Nacional de Preparación y Respuesta para la prevención y control del coronavirus,<sup>14</sup> contribuyendo, además, en la elaboración e implementación de un plan estratégico nacional de preparación y respuesta a un eventual brote de coronavirus, para prevenir y controlar la transmisión del nuevo virus dentro del país y mitigar el impacto de un posible brote; que contiene, además, recomendaciones sobre los cuidados individuales, el uso de mascarillas durante la atención y en entornos de atención médica en el contexto del brote, el manejo clínico, la prevención y el control de infecciones, la atención domiciliar a pacientes con sospecha por el nuevo coronavirus, la comunicación de riesgos y la participación de la comunidad. Conforme la información que se pudo recabar, este Comité a la cabeza del entonces Ministro de Salud, Aníbal Cruz, a finales de enero, habría comenzado sus actividades,<sup>15</sup> así, en el primer encuentro de dicho Comité, conformado por representantes de la OPS/OMS, Servicios de Aeropuertos Bolivianos, Dirección General de Migración, Sociedad Boliviana de Infectología, Dirección General de Aeronáutica, entre otras instituciones, "se determinó reforzar las medidas preventivas y de alerta en caso de un probable brote de coronavirus"; asimismo, que "las reuniones de evaluación y seguimiento serían periódicas y que el único canal de información oficial es el Ministerio de Salud, definiendo, públicamente, la existencia del plan de contingencia (...)".<sup>16</sup>

A raíz del apoyo técnico internacional de la OPS, Bolivia cuenta con una guía de lineamientos técnicos sobre la vigilancia de eventos respiratorios inusitados. Ese documento fue desarrollado en coordinación con el Ministerio de Salud y epidemiólogos y se denominó, para el caso de prevención, Norma Técnica de Procedimientos de Bioseguridad para la Prevención del Contagio de COVID-19, de 21 de mayo de 2020. En la guía se establecen lineamientos de prevención en caso de eventos respiratorios inusitados como el coronaviruscoronavirus.<sup>17</sup> De igual manera, con ayuda de la OMS, Bolivia puso en marcha un sistema de información de eventos respiratorios

<sup>14</sup> <https://www.minsalud.gob.bo/3915-ministerio-de-salud-conforma-comite-intersectorial-para-detectar-posibles-casos-sospechosos-de-Coronavirus>

<sup>15</sup> <https://cnnespanol.cnn.com/2020/01/30/alerta-bolivia-aislados-cuatro-ciudadanos-chinos-como-medida-de-prevencion-por-el-Coronavirus/>

<sup>16</sup> <https://www.minsalud.gob.bo/3915-ministerio-de-salud-conforma-comite-intersectorial-para-detectar-posibles-casos-sospechosos-de-Coronavirus>

<sup>17</sup> <https://www.asuss.gob.bo/wp-content/uploads/2020/02/3.-GU%C3%8DA-Y-LINEAMIENTOS-DE-DIAGN%C3%93STICO-Y-MANEJO-COVID-19-2019.pdf>

inusitados, desarrollando una plataforma de vigilancia con el fin de permitir el monitoreo de casos sospechosos y confirmados, implementando en los diez hospitales centinela del país, un trabajo de monitoreo de los eventos respiratorios inusitados y eventos respiratorios estacionales. Los hospitales centinela, para ese momento, contaban con el apoyo de diagnóstico de laboratorios del CENETROP, NIC, INLASA y del Servicio Departamental de Salud (SEDES) de Cochabamba.

A partir de marzo de 2020 y de manera concreta, el Gobierno boliviano determinó una serie de medidas generales y laborales que tuvieron por finalidad procurar la prevención y contención del coronavirus en nuestro país. En cuanto a estas medidas contenidas en disposiciones legales y comunicados emitidos paulatinamente, y que fueron socializadas a la población a través de i) medios de información oficiales (páginas web gubernamentales, apps y links habilitados por el gobierno), y ii) conferencias de prensa realizadas por autoridades gubernamentales, si bien poseen un ánimo de prevención, fueron asumidas y emitidas cuando ya se conocía la existencia del brote del virus en territorio nacional, es decir, con posterioridad al 10 de marzo de 2020, fecha en la cual oficialmente se comunica la existencia de dos casos confirmados de COVID-19.<sup>18</sup>

En el marco de las decisiones asumidas por parte del Gobierno del nivel central del Estado, respecto al cierre de fronteras terrestres, aéreas y fluviales, mediante CITE: DP-ADCDH-UCD -108.6/2020 y CITE: DP-ADCDH-UCD -108.7/2020, la Defensoría del Pueblo consultó a SABSA y a AASANA sobre los protocolos de seguridad y contención de pacientes COVID-19 y casos sospechosos dentro de los aeropuertos bajo su administración, a fin de conocer si estas instituciones que tienen a su cargo la seguridad integral de los aeropuertos del país, oportunamente, habrían aprobado reglamentación de prevención para la COVID-19. A cuyo efecto, mediante nota CAR/JW/GG N° 0363/2020 de 29 de septiembre, el Gerente General de SABSA respondió que en los aeropuertos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz (Virus Viru) se aplicaron, en principio, planes de emergencia sanitaria y, posteriormente, planes de contingencia de retorno de operaciones aéreas. Por su parte, AASANA, a través de su Director Ejecutivo (a.i), adjuntó el Plan de Contingencia ante la COVID-19 para el retorno progresivo de las operaciones aéreas, de abril 2020, y aclaró, además, que se implementó el Manual de Señalización COVID-19 así como un plan de capacitación al personal.

Las acciones de prevención que hubieren asumido en hospitales a nivel nacional, se refleja en la información obtenida por la Defensoría del Pueblo a través de entrevistas a directores o administrativos de diferentes nosocomios públicos y de la seguridad social realizadas en el mes de septiembre, algunos de ellos dispuestos como hospitales centinela, obteniéndose el siguiente detalle:

El Director del Hospital Municipal de Cotahuma de La Paz, manifestó que a partir de marzo, que empezó el problema, comenzaron a adquirir los EPP (Equipos de Protección Personal), los barbijos KN 95, los barbijos quirúrgicos, batas, pijamas, gorros, máscaras faciales de inicio. En el transcurso de la evolución del virus se lo fue reacomodando como Hospital Centinela COVID-19, el segundo Hospital Municipal en el departamento.

<sup>18</sup> <https://www.minsalud.gob.bo/3967-ministro-de-salud-reporta-dos-casos-confirmados-de-Coronavirus-y-pide-calma-a-la-poblacion>

En el Hospital del Norte, en el departamento de La Paz, su Director señaló que se implementaron acciones y procesos para adecuar y preparar al hospital para atención de pacientes COVID-19, ningún hospital estaba preparado para atender una infección de este tipo; que se modificó toda su estructura desde la atención de pacientes en Emergencias, atención a pacientes en consulta y la forma de atender en internación. Indicó que se adecuaron todos los ambientes a través de modificaciones estructurales del hospital, así como la atención a través de la implementación de un sistema de bioseguridad conveniente para la infección. En cuanto al sistema de bioseguridad, se contempló desde la forma de vestirse del funcionario, cómo ingresar a atender a los pacientes, en qué momento ingresar, cómo hacerlo en la parte de indumentaria, qué materiales debería necesitar y cómo preparar al paciente para esta atención. Toda esta modificación tomó tiempo y más que medidas preventivas son modificaciones en el tipo de atención que ha hecho el hospital, asumiendo medidas de bioseguridad, administrativas y asistenciales, modificándolas y adecuándolas a la infección.

En el Hospital de Clínicas de La Paz, se conoció que a la cabeza del Director se constituyó un consejo técnico que estableció que el hospital restringía la atención para los pacientes en razón a la reducción de personal por causa de las licencias especiales que estableció el Gobierno (enfermedad de base, edad, etc.); otorgó licencia al personal y como comenzaba la cuarentena, restringió la consulta y se armó un área en emergencias para la atención inicial de la COVID-19, porque aun cuando fue catalogado como hospital verde, consideraron que iban a recibir pacientes con otras patologías pero, probablemente, contagiados de coronavirus. Cerraron la consulta externa porque el edificio estaba colindante al área donde atendían la COVID-19 y para que no se comprometiera al resto del personal, decidieron que se traslade a cada una de las unidades. Este plan original que prevé qué profesionales se hacen cargo y a qué otros se convocan de acuerdo a la evolución del virus; se ha ido transformando de acuerdo a las necesidades.

En Oruro, en el Hospital General Bloque Corea, el Sub Director de éste, refirió que se abrió el área de UTI-COVID-19 con 15 camas disponibles para pacientes críticos y el área Polivalentes COVID-19 con 21 camas para pacientes leves y moderados, donde se replegaron todos los especialistas.

El Responsable del Centro COVID-19 en Potosí, refirió que actualmente se cuenta, oficialmente, con seis áreas de trabajo: terapia intensiva, terapia intermedia, clínico quirúrgica, una sala de maternidad, quirúrgica y área de maternidad. En el patio se cuenta con lavandería, central de esterilización, área administrativa, y se tiene las condiciones mínimas necesarias.

En el departamento de Cochabamba se consultó a varios nosocomios públicos. En el Hospital Viedma, su Director señaló que se habilitaron espacios para aislamiento de pacientes COVID-19, garantizando la bioseguridad de todo el personal con la dotación de EPP de acuerdo al servicio y funciones que desempeñan. El Hospital del Norte empezó a funcionar a partir del 23 de Junio de 2020 y, recién, el 25 de junio recibió al primer paciente COVID-19, e inició con las capacitaciones a todo el personal sobre la prevención y atención de pacientes con coronavirus. El Hospital del Sur elaboró un plan de contingencia y, previamente a ser declarado hospital centinela, inició con las capacitaciones sobre la prevención y atención de pacientes COVID-19 y procedió a dotar de material de bioseguridad a todo el personal. En el Hospital Solomon Klein, las autoridades a

cargo manifestaron que activaron el plan de contingencia que elaboró el personal en fecha 02 de febrero del 2020, y remitido el 09 de marzo de 2020 a las instancias competentes como el SEDES y el G.A.M. de Sacaba. El 10 de abril de 2020 empezó a recibir pacientes con COVID-19.

En Chuquisaca, en el Hospital San Pedro Claver, la autoridad a cargo refirió que el plan de contingencia de ese nosocomio, respecto a prevención, establece los lineamientos técnicos para poder encarar esta pandemia. Lo primero que se hizo a partir de este documento, fue dar una nueva funcionalidad a la cantidad de camas. Este nosocomio contaba con 94 camas y el hospital destinó al área COVID-19, 30 camas para atención de pacientes en sala y 8 camas de terapia intensiva para pacientes críticos.

Este plan tiene un objetivo general y cuatro lineamientos, el primer lineamiento referido a la Gerencia, Diagnóstico y Vigilancia Epidemiológica, cuyo objetivo era fortalecer la capacidad de organización desde el diagnóstico hasta la internación en UTI. Para ello, el hospital ha establecido las áreas amarilla, verde y roja: el área amarilla representa menor riesgo; en la verde se ubica la Dirección y no existe riesgo, sin embargo requiere el uso básico de EPP; y en el área roja, que se encuentra en la parte posterior del hospital con ingreso propio, se internaron más de 500 pacientes, asignándose 20 camas para pacientes positivos y 10 para sospechosos (anteriormente esa área era verde donde se atendían pacientes de medicina interna y de cirugía). El Director refirió que desde que se hizo cargo del hospital, el área roja COVID-19 ocupa el 25 % del hospital. Señaló, también, que cada una de las líneas de acción definidas tiene como tarea principal la coordinación, planificación, implementación de esa área roja COVID-19, que abarca infraestructura, equipamiento del laboratorio de biología molecular, implementación de triaje y realización de pruebas fiables.

El segundo lineamiento abarca la refuncionalización del nosocomio, estableciendo protocolos para la atención de pacientes COVID-19 y no COVID-19 porque el hospital es híbrido.

La tercera línea es la del fortalecimiento de la internación, definiendo 30 camas y 8 cubículos para terapia intensiva, la habilitación de 5 respiradores, la adquisición de equipamiento con más de siete millones de bolivianos con el apoyo del Gobierno Municipal, y el aumento de recursos humanos. Asimismo, se ha contratado con la OPS, 103 personas eventuales.

La última línea de acción es la contención de la trasmisión del virus, para ello se han implementado flujos y protocolos que han funcionado muy bien; si bien no hay indicadores se ha cumplido casi un 80% de este plan, implementando, por ejemplo, la señalización, los protocolos, el incremento de camas de 24 a 30, la habilitación de 8 cubículos de terapia intensiva, aunque funcionaron solo 5.

El Director del Hospital San Juan de Dios de Tarija indicó que, en cuanto a medidas de prevención, asumieron: la remodelación y adecuación de ambientes como los de terapia intensiva y terapia intermedia y equipamiento para estas unidades; capacitación del personal para atención de pacientes COVID-19 (todo el hospital); contratación de personal; insumos médicos, organización, equipamiento y personal para laboratorio COVID-19; elaboración del Plan de Contingencia Hospitalario; adecuaciones permanentes de protocolos. También se capacitó al personal de los hospitales de Bermejo y Entre Ríos, y se les dotó de materiales de protección personal y equipos de bioseguridad.



En Santa Cruz, la Directora del Hospital Japonés refirió que se realizaron capacitaciones, vía WhatsApp, zoom y correos institucionales, al personal del hospital sobre normas de bioseguridad y se realizó pruebas PCR y rápidas a éste. Para el caso del personal contagiado, se ha procedido al tratamiento y monitoreo vía WhatsApp para prevenir el contagio hacia los usuarios.

En el Centro Centinela COVID-19 del Beni, su Director indicó que este centro fue organizado por el SEDES (para ese entonces, en fecha 22 de marzo de 2020, estaba a cargo de otra autoridad) y que el primer caso positivo en ese departamento se dio el 19 de abril de 2020. Indicó que, en esa fecha, las autoridades del SEDES y del Hospital Trinidad manifestaron que el paciente fue ingresado en terapia intensiva donde se infectó con el virus la mayoría de los médicos especialistas de esa unidad y empezó el gran desfase por la falta de éste personal. El 16 de abril de 2020 *“no había absolutamente nada armado, todo estaba en cajas, solo había un solo cuarto con algunas cosas que habían armado, es así que cuando hubo el primer caso decidimos armar todo lo que es monitores, equipos, los servicios, camillas, se armó todo en una semana”*, refirió. A decir del Director, muchos funcionarios renunciaron, el personal médico que se quedó atendía incluso como especialista porque en su mayoría estaban infectados; como prevención para evitar el contagio de las familias del personal de salud se decidió que no retorne a sus casas y se contrataron hoteles para su descanso cuando concluya sus turnos. También como prevención, se armó un equipo de respuesta rápida y la implementación de una morgue para los fallecidos hasta que el municipio y la funeraria los recogían para trasladarlos al cementerio COVID-19. Se implementó, como estrategia, consultorios externos porque durante los primeros meses de la pandemia las personas no asistían a los centros de salud. En estos consultorios se realizaban exámenes de rayos X y de laboratorio para detectar, tempranamente, complicaciones pulmonares y aplicar el manejo de protocolos de otros países.

El Director del Hospital COVID-19 “Dr. Hernán Messuti Ribera”, en Pando, manifestó que el nosocomio comenzó a funcionar el 19 de junio de 2020, únicamente, para la atención de casos COVID-19 a partir de la segunda etapa de la enfermedad debido al incremento acelerado de pacientes críticos y a la escasez de oxígeno que comenzó en la ciudad de Cobija; sin embargo, no cuenta con equipamiento para funcionar como nosocomio de tercer nivel, por lo que aún no fue entregado.

Respecto a la estrategia comunicacional dispuesta mediante Decreto Supremo N° 4205, ésta establece que las autoridades del Órgano Ejecutivo del nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas coordinarán con los medios de comunicación el desarrollo de campañas educativas e informativas para la prevención y contención de la infección por el coronavirus, en ese sentido, éstos, excepcionalmente, deben difundir de forma obligatoria y gratuita las campañas educativas e informativas durante el tiempo que dure la declaratoria de emergencia.

Asimismo, se definió que el Ministerio de Comunicación, conjuntamente el de Salud, elabore y apruebe la Estrategia Comunicacional para la generación e implementación de campañas educativas e informativas de prevención, contención y tratamiento de la infección por la COVID-19. Asimismo, con el fin de informar, sensibilizar y concientizar sobre las causas, riesgos y consecuencias de la infección y en el marco de la referida estrategia, el Ministerio de Comunicación debe elaborar y difundir materiales audiovisuales y gráficos, diseñar y ejecutar campañas comunicacionales en

todo el país, establecer, además, que los medios de comunicación de radio, televisión y prensa escrita, así como sus formatos digitales y redes sociales, de manera excepcional y durante el tiempo que dure la declaratoria de emergencia sanitaria nacional, difundirán de manera gratuita y obligatoria contenidos y mensajes de carácter educativo e informativo producidos en el marco de la Estrategia Comunicacional y proporcionados por la cartera de Comunicación o la Entidad Territorial Autónoma correspondiente.

Por ejemplo, en el caso del SEDES La Paz, mediante nota CITE: GADLP/SEDESLP/UCS/131/2020, recibida, en fecha 12 de junio de 2020, en la Defensoría del Pueblo, la Jefa de la Unidad de Comunicación Social de esa entidad departamental de salud, dio a conocer que desde enero de 2020 se habría trabajado en medidas preventivas contra la COVID-19, elaborando afiches y banners informativos dirigidos a la población; aseveró ser el primer departamento en elaborar este material que, además de ser distribuido en las redes de salud del departamento de La Paz, habría sido entregado a la UMSA y a empresas gubernamentales; refirió que, también, se elaboró material audio-visual distribuido a medios televisivos y radiales y que para marzo de 2020, la Unidad a su cargo habría ejecutado el 100% del presupuesto asignado para la elaboración de material audiovisual y la impresión de artes. Indicó que se continuó difundiendo artes digitales y spots a través de redes sociales y que este material se distribuyó, en medio magnético, a las redes de salud urbanas y rurales, hospitales de tercer nivel y municipios del departamento para que gestionen su difusión en medios locales. Finalmente, hizo notar que la información y contenidos que se difunden son consensuados entre el Ministerio de Salud, OPS y SEDES para mantener un mismo contenido e informar a la población y evitar confusiones. Se acompaña la nota con el listado de los spots y campañas que habrían sido socializadas y difundidos.

Estas medidas, que a decir del Gobierno central son de prevención, fueron reiterativas en la ampliación de la cuarentena rígida hasta el 31 de mayo de 2020, haciendo énfasis en el lavado y desinfección de manos, higiene respiratoria y etiqueta de la tos, distanciamiento social, desinfección de superficies, uso adecuado del equipo de protección personal y gestión de residuos sólidos; asimismo, a partir del ingreso a la cuarentena dinámica, el Órgano Ejecutivo definió que sean las entidades territoriales autónomas las que, con base en los informes de riesgo emitidos por el Ministerio de Salud, sean las instancias que asuman acciones y decisiones respecto (entre otras) a las medidas de prevención que pudiera asumir cada departamento y cada municipio, considerando que existen instancias de coordinación legalmente definidas con anterioridad por la Ley N° 602 y el Decreto Supremo N° 2342. Finalmente, en fecha 27 de agosto, el Órgano Ejecutivo definió la transición de la cuarentena rígida y dinámica a la fase de post confinamiento, estableciendo las medidas con vigilancia comunitaria activa de casos COVID-19. Esta disposición legal establece, entre otras medidas, algunas referidas a prevención que se reflejan en la obligatoriedad del distanciamiento físico mínimo de uno y medio (1½) metros, uso de barbijo, uso del alcohol al setenta por ciento (70%) y/o alcohol en gel para la desinfección; y el lavado permanente de manos.

Así también, una de las principales herramientas implementadas para informar a la población sobre COVID-19 y cómo de prevenirla, es el portal web “Bolivia Segura – COVID-19”,<sup>19</sup> sitio oficial

<sup>19</sup> <https://boliviasegura.gob.bo/>

del Gobierno de Bolivia donde se concentra toda la información sobre la gestión de la emergencia sanitaria por parte del Estado, como la normativa emitida en relación a la pandemia, transparencia institucional, bonos y otras medidas de índole económico y comunicados oficiales, aspectos catalogados como información general. En lo que respecta a información sobre medidas sanitarias de prevención y promoción de la salud, a través del referido portal, se puede conocer aspectos como ¿qué es la COVID-19? (información básica), medidas y recomendaciones para prevenir el coronavirus, autoevaluación para detectar un posible contagio, líneas gratuitas habilitadas para orientación y ayuda, información oficial para personal de salud (equipos de protección según función, preparación de los centros de salud, guía de procedimientos para el manejo y disposición de cadáveres de casos COVID-19) y protocolos para ingreso de connacionales desde el exterior del país por vías aérea, terrestre y fluvial.

La Agencia de Gobierno Electrónico y Tecnologías de Información y Comunicación (AGETIC), mediante nota AGETIC/NE/4176/2020 suscrita por su Director General Ejecutivo, informó que el 10 de marzo de 2020 se puso en línea el portal “Bolivia Segura” y su acceso público data de esa fecha, en cuanto a los datos publicados en el portal AGETIC refirió que la entidad responsable es el Ministerio de Salud. Finalmente, aclaró que a partir del 25 de abril de 2020 el portal se transfirió al (entonces) Ministerio de Comunicación y en la misma fecha se hizo conocer de esta operación a la Autoridad de Regulación y Fiscalización de Telecomunicaciones y Transportes (ATT).

A objeto de garantizar que la información sobre la temática abordada llegue a toda la población, también se determina que las ETA's, en el ámbito de sus jurisdicciones y en coordinación con los medios de comunicación, deben ejecutar campañas educativas e informativas enmarcadas en la Estrategia Comunicacional establecida por el ex Ministerio de Comunicación y el Ministerio de Salud.

La Defensoría del Pueblo, en septiembre de 2020, realizó entrevistas en los diferentes Servicios Departamentales de Salud respecto a la prevención de la COVID-19 y la implementación de una estrategia comunicacional asumida al efecto. Se consultó, específicamente, si la estrategia a nivel departamental fue aprobada, autorizada y socializada para la prevención, atención y tratamiento del coronavirus, y qué estrategia comunicacional específica se diseñó, implementó y socializó para el área rural y para NPIOCs, considerando la diversidad cultural y de idiomas de las diferentes naciones, cuyo resultado es el siguiente:

SEDES	<b>Estrategia Comunicacional a nivel departamental (aprobada, autorizada y socializada) y Estrategia Comunicacional específica para el área rural a nivel departamental</b>
<b>LA PAZ: DIRECTOR TÉCNICO</b>	La estrategia surgió con la coordinación rural y metropolitana, y ha permitido llegar a una importante cantidad de municipios. La Gobernación Departamental también elaboró una estrategia que fue presentada a la Asamblea Legislativa Departamental. Se ha trabajado con 10 a 15 municipios, programando reuniones con los alcaldes, encargados de salud y coordinadores de redes, para analizar el problema de la desescalada de la enfermedad y del Sistema de Salud.
<b>ORURO: DIRECTORA</b>	La COVID-19, considerada una pandemia y una enfermedad emergente que comprometió a todos los continentes y países, no dio el tiempo necesario para los planes comunicacionales de riesgo, pero ante la emergencia y/o evento de salud pública se fueron considerando las siguientes estrategias:

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alianzas estratégicas intra y extra institucionales e intersectoriales para difusión de la información y/o comunicación y para propiciar la participación de autoridades y líderes a nivel departamental.</li> <li>2. Generación de capacidades a partir de los conocimientos de las autoridades consideradas voceros oficiales (Gobernador y Director del SEDES) para difundir la información.</li> <li>3. Función sinérgica de la comunicación con participación de diferentes medios que apoyaron en el acceso y difusión de la información, la inclusión de personeros en paneles de debate público. La participación de las autoridades departamentales coadyuvó en la toma de decisiones.</li> <li>4. Se realizó oficios para la elaboración de material Información, Educación y Comunicación (IEC) por municipios de la información COVID-19, según su contexto regional e idioma.</li> </ol>
<p><b>POTOSÍ:</b> <b>DIRECTOR TÉCNICO</b></p>	<p>A nivel departamental, se realizó la implementación (de la estrategia) en medios de comunicación y difusión masiva (radio y televisión), también se trabajó con municipios donde se difundió, en ciertas horas, de programas radiales, se difundió jingles y audiovisuales enfocados en las medidas de promoción y prevención dirigidas a ciertos tipos de población dependiendo el lugar; este material era didáctico para que tenga mayor comprensión por parte de la gente. Pese a eso, aún se debe realizar estas actividades a nivel departamental.</p> <p>Se busca que las medidas de promoción, prevención y la medida de tratamiento llegue a todo el departamento.</p> <p>En la ciudad se ha implementado planes de promoción y medidas de prevención y de tratamiento a través de unidades móviles y unidades de comunicación para informar lo que hace el SEDES.</p> <p>La Jefatura de Comunicación ha jugado un papel importante para las medidas de promoción, prevención y de tratamiento, que ha implementado y ejecutado todos los planes en todos los municipios.</p> <p>Todo esto se ha implementado a través de un plan comunicacional que ha estado a cargo de la Jefatura de Promoción de la Salud de SEDES; este plan se ha socializado a nivel departamental para que se conozcan las diferentes estrategias.</p> <p>Se sigue manteniendo la cadena radial que se tiene en el departamento, que es de 8 a 9 todos los días; esta información está en idioma español y nativo quechua para que la gente pueda entender; son más de 22 emisoras que hacen esta cadena radial, tanto de la ciudad como en los diferentes municipios; esto es para la promoción, prevención y tratamiento, e interactuar con las autoridades y conocer los avances y trabajo que se está realizando en todos los municipios.</p> <p>Actualmente, la estrategia comunicacional está sufriendo varias modificaciones, el COVID-19 no es una patología estable, es una enfermedad que tiene estadías y fases, y a partir de aquello debemos modificar para poder dar la atención a toda la población y establecer la atención a través del centro COVID-19.</p> <p>Además de las complicaciones por COVID-19, se presentaron problemas en áreas de cirugías, traumatología, hemodiálisis, en partos en ginecología, obstetricia, neonatos; sumado a éstos, existen demandas de atención y se viene trabajando en estas áreas en virtud que el centro COVID-19 es parte del Hospital Bracamonte y en su organigrama está el área de infectología.</p>
<p><b>COCHABAMBA:</b> <b>DIRECTOR TÉCNICO</b></p>	<p>Se aplicó el Plan de Contención del COVID-19, que entre uno de sus ejes está la difusión de diferentes medidas de prevención a nivel departamental, sin embargo, se tuvo dificultades en el mes de marzo debido a la falta de presupuesto para difusión del COVID-19, por lo que se ha generado material a través de otras instancias como la Universidad Mayor de San Simón y la Unidad de Comunicación de la Gobernación, que se ha difundido a través de grupos de WhatsApp, redes sociales como el Facebook, así como por las redes de salud local y municipal.</p> <p>En reunión con los coordinadores de cada medio de comunicación, se ha solicitado su apoyo para la difusión de medidas de prevención y datos estadísticos de casos pacientes positivos COVID-19, sospechosos y fallecidos.</p> <p>Para la socialización y difusión en el área rural, el SEDES coordinó con la carrera de Comunicación de la Universidad Mayor de San Simón y la Unidad de Comunicación de la Gobernación, para la elaboración de spots en quechua. Asimismo, se realizó la difusión sobre las medidas de prevención del COVID-19, casa por casa aprovechando la vacunación de H1N1.</p>

	<p>En el mes de febrero se elaboró el Plan de Contingencia Departamental, aprobado en marzo, documento que se encuentra en la página web del SEDES Cochabamba; también se elaboró una Guía Operativa para Atención de Pacientes COVID-19.</p> <p>Asimismo, se cuenta con el Protocolo de Atención y Tratamiento de COVID-19 emitido por el Ministerio de Salud.</p>
<b>CHUQUISACA: JEFE DE EPIDEMIOLOGÍA</b>	<p>Se ha elaborado una estrategia comunicacional con la Secretaria de Comunicación de la Gobernación, de acuerdo a cada momento epidemiológico. Ejemplo: primera parte, ¡quédate en casa!; segunda parte, ¡cuida a los adultos mayores!, etc.</p> <p>Se cuenta con los partes epidemiológicos que fueron transmitidos a los medios de comunicación, en coordinación con la Secretaria de Comunicación, utilizando infografías y a través de conferencias grabadas.</p> <p>A pesar de que el SEDES no tiene mucha fuerza comunicacional, se utilizó la aplicación de las redes sociales en todas las acciones. (Facebook)</p> <p>Se han realizado enlaces con otras entidades públicas (gobiernos municipales, Tribunal Electoral y otras instituciones públicas), que han aportado con su compromiso social en la difusión de mensajes comunicacionales.</p> <p>No se elaboró una estrategia comunicacional diversificada; no obstante, se ha mandado la estrategia comunicacional departamental a los 29 municipios del departamento; para que, de acuerdo a las características de cada gobierno municipal con sus recursos, competencias y responsabilidades, se emita información diversificada de acuerdo a las características de cada región.</p> <p>A través del área de medicina tradicional del SEDES, se ha trabajado con las poblaciones originarias de la nación Yampara, los Q´ara Q´ara y los de Mojocoya. Asimismo, se han otorgado kits de medicina tradicional.</p>
<b>TARIJA: DIRECTOR TÉCNICO</b>	<p>La Gobernación del Departamento de Tarija implementó el Plan Departamental de Comunicación de Riesgo, Preparación y Respuesta Inicial para el nuevo Coronavirus COVID-19, el mismo que tiene base en los lineamientos estratégicos nacionales: Bolivia Comunicación de Riesgos y Participación de la Comunidad.</p> <p>El Plan Departamental de Comunicación de Riesgo, Preparación y Respuesta Inicial para el nuevo Coronavirus COVID-19 contempla el área rural y NPIOCs en la prevención, atención y tratamiento de la COVID-19, considerando la diversidad cultural y de idiomas de los pueblos originarios del departamento de Tarija.</p>
<b>SANTA CRUZ: DIRECTOR TÉCNICO</b>	<p>La Secretaria de Salud y Políticas Sociales, y el Servicio de Salud, presentaron para su aprobación y aplicación los siguientes planes de contingencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan de Contingencia Departamental para la contención de la Pandemia del Coronavirus.</li> <li>- Plan de Contingencia Departamental para la Pandemia de SARS COV2 Síndrome Agudo Respiratorio Coronavirus.</li> <li>- Plan de Contingencia de la Pandemia del Coronavirus.</li> </ul>
<b>PANDO: DIRECTOR TÉCNICO a.i.</b>	<p>Dentro del Plan de Contingencia está el componente de comunicación para poder llegar a las comunidades de todo el departamento.</p> <p>En el tema de idiomas e interculturalidad no hay algo específico, lo que sí se ha trabajado es en la parte de todo lo que es la prevención pero no enfocado en la parte de idiomas, es general.</p>

De la solicitud de información realizada a los SEDES a nivel nacional se obtuvo lo siguiente:

SEDES	PREGUNTAS	RESPUESTAS
<b>LA PAZ</b>	Refiera si el SEDES elaboró reglamentación específica para la atención y manejo de la COVID-19 a nivel departamental. Remitir un ejemplar y el instrumento legal que lo aprueba.	A través de la Unidad de Epidemiología, el Programa de Enfermedades Emergentes y Remergentes junto al Ministerio de Salud se elaboró una Guía para el Manejo del COVID-19 que cuenta con Resolución Ministerial.

	Adjuntar un ejemplar del Plan de Contingencia Departamental de Atención y Tratamiento de la COVID-19 debidamente aprobado.	La Unidad de Salud Ambiental Control Sanitario e Inocuidad Alimentaria elaboró: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Guía de atención y normas de bioseguridad para desinfección y atención de pacientes en clínicas ante la emergencia sanitaria del COVID-19.</li> <li>- Guía de desinfección para la atención en farmacias del departamento de La Paz frente a la emergencia sanitaria por el COVID-19.</li> <li>- Guía para estética y fisioterapia y ramas afines.</li> <li>- Guía para gabinetes de optometría, de contactología y ópticas ante la emergencia sanitaria por COVID-19;-</li> <li>- Guía para peluquerías, salones de belleza, cosmetología y otros;</li> <li>- Guía para la limpieza y desinfección en general y para la higiene de alimentos en supermercados, mercados, mercados de abasto, etc.</li> </ul>
	Informe sobre la estrategia comunicacional a nivel departamental que se ha aprobado, autorizado y socializado para la prevención, atención y tratamiento de la COVID-19.	El SEDES La Paz participó activamente en la elaboración del "Plan Departamental Estratégico Operativo para la disminución del riesgo de contagio a través de la prevención, mitigación, atención tratamiento y control sanitario permanente", elaborado con las diferentes Secretarías del GAD La Paz.
	Informe qué estrategia comunicacional específica se diseñó, implementó y socializó para el área rural y NPIOCs en la prevención, atención y tratamiento de la COVID-19 a nivel departamental, considerando la diversidad cultural y de idiomas de las diferentes naciones.	Mediante Nota CITE: GADLP/SEDESLP/UCS/203/2020 de 28 de septiembre de 2020, la Jefa de la Unidad de Comunicación Social del SEDES informó sobre el Plan de Comunicación e Información para la Prevención y Contención del COVID-19 (CORONAVIRUS), aclaró que cuenta con la aprobación de la MAE.  Señaló que el soporte comunicacional se dio a nivel departamental tanto para el área urbana como rural.
	En el marco de la estrategia de comunicación de la COVID-19, señale la fecha exacta de inicio de la campaña de prevención del coronavirus a nivel departamental.	Mediante Nota CITE: GADLP/SEDESLP/UCS/203/2020 de 28 de septiembre de 2020, la Jefa de la Unidad de Comunicación Social del SEDES señaló que el 17 de febrero de 2020 se emitió información en español y aymara en la primera etapa, cuando aún no se había dado ningún caso de COVID-19 en Bolivia.
<b>ORURO</b>	Refiera si el SEDES elaboró la reglamentación específica para la atención y manejo de la COVID-19 a nivel departamental. Remitar un ejemplar y el instrumento legal que lo aprueba.	Se trabajó con el equipo científico departamental para emitir reglamento de atención COVID-19, mismo que no se efectivizó.  En cambio, en los establecimientos de salud se conformaron brigadas de atención comunitaria y zonas de triaje con aislamiento COVID-19, con entrega de folletos, lo cual fue organizado por cada Jefe Médico y supervisado por el SEDES.
	Adjuntar un ejemplar del Plan de Contingencia Departamental de Atención y Tratamiento de la COVID-19 debidamente aprobado.	Se entrega en físico Plan de Contención y Mitigación COVID-19.
	Informe sobre la estrategia comunicacional a nivel departamental que se ha aprobado, autorizado y socializado para la prevención, atención y tratamiento de la COVID-19.	El SEDES ha implementado el call center, centro de comunicación de pacientes COVID-19, para atención y tratamiento con referencia, con turnos nocturnos. De día se realizaba prevención desde los primeros niveles. Se adjunta el plan.



	Informe qué estrategia comunicacional específica se diseñó, implementó y socializó para el área rural y NPIOCs en la prevención, atención y tratamiento de la COVID-19, a nivel departamental, considerando la diversidad cultural y de idiomas de las diferentes naciones.	Es tuición del SEDES, Red de Salud Urbana solo trabaja en el municipio de Oruro, área urbana.
	En el marco de la estrategia de comunicación de la COVID-19, señale la fecha exacta de inicio de la campaña de prevención del coronavirus a nivel departamental.	a) Municipio: inicio 9 de marzo 2020 b) Red de salud urbana: Plan de contingencia de fecha 1 de marzo. c) Establecimiento de salud: 10 de marzo con triaje y prevención en comunidad.
<b>POTOSÍ</b>	Refiera si el SEDES a su cargo elaboró la reglamentación específica para la atención y manejo de la COVID-19 a nivel departamental. Remitir un ejemplar y el instrumento legal que lo aprueba.	Se realizó el Plan Departamental de Contingencia Preparación y Respuesta frente al Coronavirus; siendo un nuevo virus, inicialmente, se realizaron protocolos de atención, los mismos que cuentan con la aprobación mediante resolución, del Concejo Técnico del SEDES Potosí, de igual manera se ajusta a las determinaciones y actualizaciones de los documentos elaborados por el Ministerio de Salud. Se adjunta la documentación.
	Adjuntar un ejemplar del Plan de Contingencia Departamental de Atención y Tratamiento de la COVID-19 debidamente aprobado.	Se adjunta copia de Plan Departamental de Contingencia Preparación y Respuesta frente el Coronavirus con las resoluciones de aprobación, siendo este un plan por naturaleza flexible, se ajusta al comportamiento de la enfermedad.
	Informe sobre la estrategia comunicacional a nivel departamental que se aprobó, autorizó y socializó para la prevención, atención y tratamiento de la COVID-19.	El 3 de abril de la presente gestión, la unidad de Promoción de la Salud del Servicio Departamental de Salud SEDES Potosí elaboró el Plan de Contingencia Comunicacional, documento que junto al área de comunicación, fue presentado formalmente en fecha 9 de abril al Comando de Operaciones Estratégico Departamental (COED), instancia que aprobó su ejecución (Plan Adjunto), el mismo se desarrolla a la fecha.  El documento enfatiza en el desarrollo de actividades comunicacionales tendientes a la prevención, atención y tratamiento de la COVID-19 a partir de diferentes acciones establecidas que, en su conjunto, tienen el objetivo de promocionar el cuidado de la salud en todo el departamento de Potosí.  Como se podrá advertir en el documento mencionado, la estrategia fundamental para llegar con la información y prevención para el cuidado de la salud, se fundamenta en el bilingüismo de las actividades comunicacionales, particularmente en la cadena radial, teniendo en cuenta que un alto porcentaje de la población, en el área rural y en las áreas periféricas de las ciudades, habla su idioma materno (quechua) y el idioma comercial (español) para sus relaciones sociales.
		En el Plan de Contingencia Comunicacional se enfatiza la modalidad de la comunicación bilingüe en espacios estratégicos y para la elaboración de material promocional del cuidado de la salud.  El uso del idioma originario de la región (quechua) es la mayor garantía para lograr una cobertura plena en el área rural, con mensajes preventivos e información institucional oportuna.  La cadena radial departamental que ya tiene cinco meses de vigencia y se difunde de lunes a viernes de 08:00 a 09:00 por 14 estaciones radiales, representa la estrategia fundamental para llegar con la información al área rural del departamento de Potosí.  En base a esta modalidad de comunicación se puede llegar a las naciones y pueblos indígena originario y campesinos de diferentes regiones del departamento de Potosí.

	<p>Informe qué estrategia comunicacional específica se diseñó, implementó y socializó para el área rural y NPIOCs en la prevención, atención y tratamiento de la COVID-19 a nivel departamental, considerando la diversidad cultural y de idiomas de las diferentes naciones.</p>	<p>Esta estrategia comunicacional permite llegar a la población del área rural con mayor propiedad (material promocional bilingüe adjunto en CD).</p>
	<p>En el marco de la estrategia de comunicación de la COVID-19, señale la fecha exacta de inicio de la campaña de prevención del coronavirus a nivel departamental.</p>	<p>El Servicio Departamental de Salud implementó su campaña comunicacional con el tema referido a la presencia del coronavirus en Bolivia, a partir del 1° de marzo en forma sostenida, campaña que tendrá una duración hasta el mes de diciembre, teniendo en cuenta que existe el presupuesto para esta actividad comunicacional.</p> <p>En la estrategia comunicacional institucional se involucran medios de comunicación tanto de la ciudad capital y las ciudades intermedias, además de programas independientes en radio y televisión.</p>
<p><b>COCHABAMBA</b></p>	<p>Refiera si el SEDES a su cargo elaboró la reglamentación específica para la atención y manejo de la COVID-19 a nivel departamental. Remitir un ejemplar y el instrumento legal que lo aprueba.</p>	<p>Desde la Unidad de Calidad de Servicios, la Sub Unidad de Servicios Médicos y Sub Unidad del Centro Coordinador de Emergencias en Salud, se han emitido los siguientes instructivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. CI/UCS/133/05/2020 de 01.05.2020 Implementación de la Plataforma Digital "Salud Cochabamba", con el objetivo de mejorar la atención y respuesta rápida del sistema de salud vigente.</li> <li>2. Resolución Administrativa de Consejo Técnico N° 02/2020 de 20.05.2020 Plan de Fortalecimiento al Funcionamiento del Centro Coordinador de Emergencias en Salud Cochabamba.</li> <li>3. Instructivo N° 11/202 de 04.06.2020 Implementación y Aplicación de Instrumentos para manejo COVID-19.</li> <li>4. CI/UCS/132/05/2020 de 08.06.2020 Apoyo en la capacitación continua al personal de salud en la emergencia de la pandemia del COVID-19.</li> <li>5. Instructivo N° 12/2020 de 10.06.2020 Atención Obligatoria de Pacientes.</li> <li>6. SEDES/UCS/42/2020 de 12.06.2020 Instruye a los Directores de hospitales y personal de salud que atienden pacientes COVID-19 de los sub sectores público, privado y seguridad social a corto plazo, dar alta hospitalaria, previa evaluación clínica y social, a pacientes positivos internados por un período de 14 días sin sintomatología clínica, previa toma de primera muestra bajo consentimiento informado y compromiso firmado para mantener cuarentena domiciliaria con las medidas de bioseguridad personal; asimismo, se deberá coordinar la Contrareferencia para el seguimiento por el establecimiento de salud de primer nivel al cual está adscrito el paciente.</li> <li>7. Instructivo CI/UP/GMR/17/2020 de 02.07.2020 Participación obligatoria del personal médico, enfermeras y otros de los establecimientos de salud de primer nivel en las actividades de rastillaje durante la cuarentena rígida.</li> <li>8. CIR/CRSSC1/123/2020 de 11.07.2020 Reorganización de la Red de Ambulancias Red I Cercado.</li> <li>9. CI/UCS/138/07/2020 de 12.07.2020 Instrucción al personal de salud de todos los establecimientos de salud para implementar la plataforma digital salud Cochabamba como estrategia de contención, mitigación y mejora de la atención a los pacientes COVID-19 y NO COVID-19.</li> <li>10. CI/UCS/138/05/2020 de 12.07.2020 Instrucción que todo paciente COVID-19 positivo, sospechosos y contactos que requieran ser atendidos y referidos por sus establecimientos de salud a hospitales COVID-19 y/o hospitales del Complejo Hospitalario Viedma, debe ser coordinado con el Centro</li> </ol>



		<p>Coordinador de Emergencias de Salud Departamental a través del centro de llamadas 168 o 800142200, y/o números habilitados para este hecho.</p> <p>11. Instructivo CI/UCS/139/0572020 de 12.07.2020 Dependencia operativa de las ambulancias al Centro Coordinador de Emergencias en Salud.</p> <p>12. CCES/UCS/03/07/2020 de 25.07.2020 Uso de esquemas de tratamiento para pacientes COVID-19; el SEDES instruye a los Coordinadores de Red y Directores de los establecimientos de salud de nivel 1 y 2 de atención del sub sector público, privados y seguridad social, implementar los esquemas de tratamiento para pacientes sospechosos y confirmados COVID-19 utilizando siempre el criterio médico.</p>
		<p>13. CCES/UCS/03/07/2020 de 05.08.2020 Aprobación de la Guía Operativa de Atención a Pacientes COVID- 19.</p> <p>14. CCES/UCS/100/09/2020 de 09.09.2020 Implementación del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica (SIVE), según Resolución Ministerial 245, en su módulo de censo de camas y seguimiento de camas como estrategia de contención, mitigación y mejora de la atención a los pacientes COVID-19 y NO COVID-19.</p> <p>15. Resolución Administrativa de Consejo Técnico N° 11/2020 de 17.09.2020 Programa Integral de Atención de Emergencia, Urgencia y Gestión de Salud. Centro Coordinador de Emergencias en Salud Cochabamba.</p> <p>16. Instrucción al personal de salud de la Red III, Red IV a participar del curso de capacitación en prevención de la transmisión y contagio COVID-19 para el personal de salud.</p>
<b>CHUQUISACA</b>	Refiera si el SEDES a su cargo elaboró la reglamentación específica para la atención y manejo de la COVID-19 a nivel departamental, remitir un ejemplar y el instrumento legal que lo aprueba.	No respondió.
	Adjuntar un ejemplar del Plan de Contingencia Departamental de Atención y Tratamiento de la COVID-19 debidamente aprobado.	Se adjunta el Plan de Contingencia, Preparación y Respuesta para la Prevención y Control del COVID-19 en el Departamento de Chuquisaca 2020, aprobado mediante Resolución del Consejo Técnico SEDES Chuquisaca N° 016/2020.
	Informe sobre la estrategia comunicacional a nivel departamental que se ha aprobado, autorizado y socializado para la prevención, atención y tratamiento de la COVID-19.	De acuerdo a Informe con CITE: SEDES/UPS/ACE/23/2020: Se señala que se cuenta con el Plan de Comunicación para campañas de eventos respiratorios inusitados COVID-19. El cual indica que fue aplicado dentro del Plan de Contingencia Departamental COVID-19.
	Informe qué estrategia comunicacional específica se ha diseñado, implementado y socializado para el área rural y NPIOCs en la prevención, atención y tratamiento de la COVID-19 a nivel departamental, considerando la diversidad cultural y de idiomas de las diferentes naciones.	De acuerdo a Informe con CITE: SEDES/UPS/ACE/23/2020: Se señala que de acuerdo a los Estructura Social de Salud - ESS y los planes de contingencia municipal, se capacitó en la vigilancia comunitaria. Se adjunta el trabajo realizado por los ESS en 21 municipios de Chuquisaca.
	En el marco de la estrategia de comunicación de la COVID-19, señale la fecha exacta de inicio de la campaña de prevención del coronavirus a nivel departamental.	El Informe remitido por el SEDES no especifica y no responde la fecha exacta en la que se inició la campaña de prevención del COVID-19.

<b>TARIJA</b>	Refiera si el SEDES a su cargo elaboró la reglamentación específica para la atención y manejo de la COVID-19, a nivel departamental. Remitir un ejemplar y el instrumento legal que lo aprueba	Se elaboró la "Guía Técnica Operativa para el Manejo Ambulatorio del Paciente COVID-19" aprobada por el Consejo Técnico del SEDES-Tarija, con la Resolución N° 010/20.
	Adjuntar un ejemplar del Plan de Contingencia Departamental de Atención y Tratamiento de la COVID-19 debidamente aprobado	Se adjunta la "Guía Técnica Operativa para el Manejo Ambulatorio del Paciente COVID-19" y la Resolución que la aprueba.
	Informe sobre la estrategia comunicacional a nivel departamental que se ha aprobado, autorizado y socializado para la prevención, atención y tratamiento de la COVID-19.	La Dirección Nacional de Comunicación del Ministerio de Salud, con el apoyo técnico de la OPS/OMS (22 de marzo 2020), en función a los lineamientos de la "Estrategia Comunicacional Nacional" en base a la Estrategia Nacional de Comunicación de Riesgo del COVID-19, se encuentra ejecutando el Plan de Comunicación Departamental de lucha contra el COVID-19.
	Informe qué estrategia comunicacional específica se diseñó, implementó y socializó para el área rural y NPIOCs en la prevención, atención y tratamiento de la COVID-19, a nivel departamental, considerando la diversidad cultural y de idiomas de las diferentes naciones	Los lineamientos, las acciones comunicacionales y todo el trabajo de información y comunicación, son de carácter general e integral en todo el proceso de mantener alerta a toda la población, incluida las naciones y pueblos indígenas, y personal de salud.
En el marco de la estrategia de comunicación de la COVID-19, señale la fecha exacta de inicio de la campaña de prevención del coronavirus a nivel departamental.	Se inició la campaña a partir del 25 de enero 2020, la cual puede ser verificada a través de la cuenta Facebook del SEDES Tarija.	
<b>SANTA CRUZ</b>	Refiera si el SEDES a su cargo elaboró la reglamentación específica para la atención y manejo de la COVID-19 a nivel departamental. Remitir un ejemplar y el instrumento legal que lo aprueba.	El Gerente de la Unidad de Epidemiología del SEDES hizo llegar copia de la Guía de Orientación para la Atención y Tratamiento de COVID-19, aprobada mediante Resolución Administrativa N° 26/2020 de 29 de marzo de 2020.
	Adjuntar un ejemplar del Plan de Contingencia Departamental de Atención y Tratamiento de la COVID-19 debidamente aprobado.	Se adjunta Plan de Contingencia Departamental para la contención de la pandemia del coronavirus (no se adjunta instrumento legal que lo aprueba).
	Informe sobre la estrategia comunicacional a nivel departamental que se ha aprobado, autorizado y socializado para la prevención, atención y tratamiento de la COVID-19.	La Responsable de Comunicación del SEDES informó que se implementó el plan de comunicación conforme a las fases de la pandemia del COVID-19: contingencia, mitigación control y, actualmente, prevención del rebrote.  El Plan contempla tres líneas estratégicas básicas que se aplicaron desde el 5 de febrero de 2020, con la primera actividad de información a los periodistas sobre el nuevo coronavirus y que detalla las estrategias implementadas en el plan de comunicación.
	Informe qué estrategia comunicacional específica se diseñó, implementó y socializó para el área rural y NPIOCs en la prevención, atención y tratamiento de la COVID-19, a nivel departamental, considerando la diversidad cultural y de idiomas de las diferentes naciones.	<b>1.- Líneas estratégicas implementadas:</b>  1.1. Información pública (relacionada a los medios de comunicación masiva).  a) Se definió la cadena de vocerías.  b) Se identificó personajes reconocidos en el ambiente médico y otros, para formar parte de la campaña (rostro visible y confiable-voceros, para videos de sensibilización).  c) Se definió mensajes con información básica sobre las medidas preventivas en caso de crisis o de otras situaciones relacionadas a la enfermedad.

		<p>d) Según los mensajes definidos se produjeron piezas comunicacionales (spots de prevención, notas de prensa, cuñas radiales, folletería; artes para redes sociales, página web, Facebook, WhatsApp y Twitter).</p> <p>e) Tour de medios con los voceros definidos (durante la cuarentena fue vía zoom).</p> <p>f) Difusión en medios de comunicación que cuenten con páginas virtuales.</p> <p>1.2. Gestiones ante instituciones públicas y privadas para llevar adelante actividades de bien social.</p> <p>Se realizaron actividades de información y sensibilización dirigida a todos los aliados y potenciales aliados desde el punto comunicacional, a fin de lograr su involucramiento e implicación de los "amigos de la salud" (11 entidades financieras, 47 sucursales de Farmacias Farmacorp y Chávez, mercados y supermercados).</p> <p>1.3. Movilización social. Pese a la cuarentena se buscó la forma vía virtual, de involucrar a la comunidad en coordinación con la Unidad de Promoción de la Salud.</p>
		<p>2.- <b>Comunicación de crisis.</b> Este componente fue aplicado, no únicamente, en momentos de emergencia, sino que se fue generando de manera permanente como un componente transversal en todo el proceso, es decir, en todas las etapas y por todos los miembros de la comisión.</p> <p>3.- <b>Monitoreo.</b> Se cuenta con un sistema de monitoreo y seguimiento informativo. Este componente incluye medios masivos (radio, prensa, televisión, redes sociales (Facebook, Twitter, WhatsApp) y páginas web informativas. Se han generado reportes, lo más inmediato posible, a través de correos electrónicos y vía telefónica.</p> <p>4.- <b>Mensaje.</b> El mapa de los tres pilares esenciales que se difundieron fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavar las manos frecuentemente es la medida más efectiva.</li> <li>- Quedarse en la casa.</li> <li>- Usar barbijo.</li> </ul> <p>Fase: Rebrote, el mensaje principal es:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medidas de prevención para evitar el rebrote del COVID-19: uso del barbijo, distanciamiento social, lavado o desinfección permanente de las manos y uso de gafas en ambientes cerrados.</li> <li>2. La oportunidad de atención médica puede salvar tu vida.</li> </ol> <p>Dentro de la estrategia de información pública se definieron mensajes claves, producción y difusión a través de las redes sociales y algunas radios emisoras que apoyaron la campaña de prevención; estas piezas comunicacionales fueron producidas en los idiomas castellano, guaraní, quechua e, incluso, en lenguaje en señas.</p>
	<p>En el marco de la estrategia de comunicación de la COVID-19, señale la fecha exacta de inicio de la campaña de prevención del coronavirus a nivel departamental.</p>	<p>El plan de comunicación de la campaña de prevención inició el 5 de febrero de 2020, con la capacitación a los periodistas sobre el nuevo coronavirus y el trabajo con el sector educativo y mercados, promocionando el lavado de manos y la etiqueta del resfrío (en esas fechas cursa la alerta por influenza y las medidas de prevención son las mismas).</p>
<p><b>BENI</b></p>	<p>Refiera si el SEDES a su cargo elaboró la reglamentación específica para la atención y manejo de la COVID-19, a nivel departamental. Remitar un ejemplar y el instrumento legal que lo aprueba</p>	<p>El SEDES Beni elaboró, adecuó e implementó los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan de preparación y respuesta para la prevención y control del Coronavirus "COVID-19" en el Departamento del Beni.</li> <li>- Implementación del Plan estratégico para el COVID-19 de acuerdo a fases – Bolivia 2020.</li> </ul>

	<p>- Tratamiento sintomático y seguimiento oportuno del COVID-19 actualizado por el Ministerio de Salud (versión mayo 2020).</p> <p>Toda la documentación es aprobada y respaldada por el Ministerio de Salud y adecuada por el SEDES Beni.</p>
Adjuntar un ejemplar del Plan de Contingencia Departamental de Atención y Tratamiento de la COVID-19 debidamente aprobado.	<p>En el mes de mayo se conformó una Mesa de Comunicación Interinstitucional con la participación de la Gobernación del Beni, a través de su Departamento de Interacción Social; el Gobierno Municipal de Trinidad, a través de su Departamento de Comunicación; el SEDES Beni con su Área de Comunicación Social; la OPS/OMS; CIPCA; la ONG "Ayuda en Acción"; y la Cruz Roja Filial Beni. Cabe aclarar que la actual Dirección Técnica y Administrativa del SEDES Beni inició sus actividades en el mes de mayo de la presente gestión.</p> <p>En el mes de junio esta Mesa de Comunicación Interinstitucional elaboró y presentó un Plan de Comunicación de Riesgo para que la Gobernación, municipios y el SEDES Beni ejecuten acciones coordinadas dentro de una estrategia comunicacional avalada por la OPS, el cual adjuntamos a este informe.</p>
Informe sobre la estrategia comunicacional a nivel departamental que se ha aprobado, autorizado y socializado para la prevención, atención y tratamiento de la COVID-19.	<p>Se establecieron alianzas estratégicas con empresas privadas que ayudaron en la elaboración de material gráfico, como Imprenta GRIMAU.</p> <p>Se estableció contacto y coordinación con los municipios de Riberalta, Guayaramerín, Santa Ana y San Borja, agregando a sus</p>
	<p>directores de comunicación municipales a la Mesa de Comunicación Interinstitucional.</p> <p>En el mes de julio se trabajaron productos audiovisuales y diseños para redes sociales que fueron distribuidos entre los actores de la Mesa de Comunicación. Se hicieron reuniones de coordinación con sectores sociales, como gremialistas, moto-taxistas, FEJUVE, etc.</p> <p>Se estableció una mesa de voceros con un representante de cada sector social con el apoyo de la OPS. Esta mesa, pese al compromiso inicial de los actores iniciales, no fue operativa por la falta de compromiso de los mismos integrantes.</p> <p>En la segunda quincena se trabajó en coordinación con la OPS para la elaboración de un estudio de impacto que nos dé a conocer si el Plan de Comunicación de Riesgo había llegado a la ciudadanía de la manera que se esperaba, generando para nosotros una retroalimentación para subsanar errores.</p> <p>En el mes de agosto se presentó la medición de impacto de los mensajes claves y se estableció una mesa de trabajo con la OPS para poder sacar nuevos lineamientos comunicacionales de acuerdo a los resultados arrojados.</p>
Informe qué estrategia comunicacional específica se diseñó, implementó y socializó para el área rural y NPIOCs en la prevención, atención y tratamiento de la COVID-19 a nivel departamental, considerando la diversidad cultural y de idiomas de las diferentes naciones.	<p>Actualmente se tiene el nuevo Plan de Comunicación de Riesgo para la nueva normalidad, que se adjunta al presente informe, con nuevos actores para ejecutarlo, el cual se ha elaborado "escuchando a la gente", desarrollando laboratorios de comunicación de riesgo con grupos importantes y vulnerables de la población como periodistas, gremialistas, padres de familia, sector de la construcción, sector de salud, etc.</p>
En el marco de la estrategia de comunicación de la COVID-19, señale la fecha exacta de inicio de la campaña de prevención del coronavirus a nivel departamental.	<p>En el mes de junio se elaboró un Plan de Comunicación para Pueblos Indígenas y, en coordinación con la OPS, se estableció una campaña de difusión de cuñas de concientización grabadas en siete idiomas autóctonos. Estas cuñas se distribuyeron en coordinación con la Gobernación del Beni y CIPCA.</p> <p>Se adjunta el informe técnico de actividades que desarrolló la Unidad de Promoción de la Salud del SEDES Beni, desde los meses de febrero a marzo del presente año; cabe aclarar que</p>

		<p>desde el mes de abril por motivo de enfermedad del COVID-19, en el personal de la Unidad de Promoción, se suspendieron dichas actividades de prevención a la población.</p> <p>En situaciones tan graves de orden mundial como las que vivimos (pandemia), no se puede hablar de una campaña como tal, sino de un Plan Estratégico Comunicacional el cual se elaboró y se adjunta como se lo explicó anteriormente.</p> <p>Para la ejecución de este plan se tuvieron problemas de orden político con varios miembros de la prensa, aspecto ajeno a la pandemia y a la institución.</p> <p>Asimismo, hubo instituciones como la Gobernación del Beni (Comunicación) que no cumplieron con los compromisos asumidos en la Mesa de Comunicación.</p> <p>Se adjunta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Plan de Comunicación de Riesgo COVID-19</li> <li>* Guía para comunicadores populares, líderes comunitarios</li> </ul>
<b>PANDO</b>	Refiera si el SEDES a su cargo elaboró la reglamentación específica para la atención y manejo de la COVID-19 a nivel departamental. Remitar un ejemplar y el instrumento legal que lo aprueba	Mediante CITE: UNI-REDES-N° 212/10/2020 la Jefe de la Unidad de Redes y Servicios del SEDES informa que el SEDES-Pando maneja la Guía para el Manejo Del COVID-19 emitido por el Ministerio de Salud, la Sociedad Boliviana de Infectología Sociedad Boliviana de Neurología, Terapia Intensiva, Medicina interna y Pediatría, publicada en el mes de abril 2020, aprobada bajo Resolución Ministerial N° 0116 de fecha 9 de marzo de 2020; guía elaborada para aplicación en el ámbito nacional que contiene lineamientos, directrices y recomendaciones para el
		<p>diagnóstico, abordaje clínico y manejo de pacientes COVID-19. Esta guía fue difundida por vía virtual y física a las tres Redes de Salud para ser distribuida a todos los municipios del departamento.</p> <p>Además de ello, el SEDES elaboró un Plan de Contingencia Departamental del Coronavirus COVID-19 Pando, aprobado mediante Ley Departamental N°109 de fecha 23 de marzo de 2020.</p>
	Adjuntar un ejemplar del Plan de Contingencia Departamental de Atención y Tratamiento de la COVID-19 debidamente aprobado.	<p>Mediante Resolución Administrativa N°004/2020 de fecha 26 de febrero de 2020, el SEDES Pando declara alerta Sanitaria Amarilla a nivel departamental en Pando.</p> <p>El SEDES Pando adjunta el Plan de Contingencia Departamental del Coronavirus COVID-19 Pando, aprobado mediante Ley Departamental N°109 de fecha 23 de marzo de 2020.</p> <p>Mediante Resolución Administrativa N°004/2020 de fecha 26 de febrero de 2020, el SEDES Pando, declara alerta Sanitaria Amarilla a nivel Departamental en Pando.</p>
	Informe sobre la estrategia comunicacional a nivel departamental que se ha aprobado, autorizado y socializado para la prevención, atención y tratamiento de la COVID-19.	<p>Mediante CITE: Promoción SEDES N° 06/2020 del Jefe de Unidad de Promoción de la Salud SEDES Pando, informa que el SEDES Pando envió la estrategia comunicacional denominada "Plan Comunicacional Promoción y Prevención nuevo Coronavirus (COVID-19) Departamento Pando", de marzo a noviembre gestión 2020; la implementación de las acciones se basa en tres lineamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboración y difusión de mensajes de promoción y prevención del nuevo coronavirus COVID-19.</li> <li>- Información de prevención para la población en general, viajeros y personal de salud, sobre las formas de prevención del COVID-19, a través de los medios de comunicación masiva y las redes sociales.</li> <li>- Realización de respuestas a informaciones falsa y rumores que puedan surgir frente a la emergencia por brote de epidemia del coronavirus</li> </ul>

	Informe qué estrategia comunicacional específica se diseñó, implementó y socializó para el área rural y NPIOCs en la prevención, atención y tratamiento de la COVID-19 a nivel departamental, considerando la diversidad cultural y de idiomas de las diferentes naciones.	Mediante CITE: PROMOCION-SEDES N° 06/2020 del Jefe Unidad de Promoción de la Salud Sedes Pando, se adjunta CD con material audiovisual en los idiomas originarios cavineño y yaminawa para la prevención del COVID-19.
	En el marco de la estrategia de comunicación de la COVID-19 señale la fecha exacta de inicio de la campaña de prevención del coronavirus a nivel departamental.	Mediante CITE: PROMOCION-SEDES N° 06/2020, el Jefe Unidad de Promoción de la Salud del SEDES Pando hace conocer que la campaña Comunicacional de Promoción y Prevención del nuevo Coronavirus COVID-19 inició en marzo 2020 en todo el departamento de Pando.

Asimismo, se solicitó informe a los nueve municipios de las capitales de departamento y al municipio de El Alto, al respecto se tiene la siguiente información:

GAM	PREGUNTAS	RESPUESTAS
<b>EL ALTO</b>	Informe sobre la estrategia comunicacional a nivel municipal que se ha aprobado, autorizado y socializado para la prevención, atención y tratamiento de la COVID-19.	La estrategia comunicacional a nivel municipal estuvo enfocada en la difusión de material audiovisual preventivo (se adjunta informe magnético).
	En el marco de la estrategia de comunicación de la COVID-19, señale la fecha exacta de inicio de la campaña de prevención del coronavirus a nivel municipal.	La fecha exacta de inicio de la campaña comunicacional contra la COVID-19 fue el 13 de febrero de 2020.
	Adjuntar un ejemplar del Plan de Contingencia Municipal de atención y tratamiento de la COVID-19 debidamente aprobado.	La Dirección de Salud, dependiente de la Secretaría Municipal de Salud y Deportes, elaboró el Plan de Municipal de Contingencia en salud aprobado por el Comités Municipales de Reducción y Atención de Desastres (COMURADE) con la Resolución N° 008 (la entrega de documentación oficial no corresponde a la Dirección de Salud).
<b>SUCRE</b>	Informe sobre la estrategia comunicacional a nivel municipal que se ha aprobado, autorizado y socializado para la prevención, atención y tratamiento de la COVID-19.	La Dirección Municipal de Comunicación, entre las acciones y estrategias comunicacionales implementadas desde la Secretaría de Salud, Educación y Deportes, a través de su brazo operativo de extensión comunicacional y siguiendo el Plan de Emergencia Municipal COVID-19 y los lineamientos del Plan Estratégico de Comunicación Gestión 2020, elaboró contenidos informativos de prevención en el marco de la promoción de la salud, para promover y difundir materiales sobre cuidados de la salud que promuevan el autocuidado frente al COVID-19. SALE EL ANEXO 1
	En el marco de la estrategia de comunicación de la COVID-19, señale la fecha exacta de inicio de la campaña de prevención del coronavirus a nivel municipal.	La Dirección Municipal de Salud, ante la cercanía del posible ingreso del virus del coronavirus al país, inició la acción de educación en el transporte público para promover los cuidados ante el virus con dos spots publicitarios que fueron difundidos desde inicios del mes de marzo por los distintos medios de comunicación.
	Adjuntar un ejemplar del Plan de Contingencia Municipal de atención y tratamiento de la COVID-19 debidamente aprobado.	Se adjunta fotocopia simple de los planes de contingencia contra el coronavirus de la primera fase y segunda fase.



<b>TRINIDAD</b>	Informe sobre la estrategia comunicacional a nivel municipal que se ha aprobado, autorizado y socializado para la prevención, atención y tratamiento de la COVID-19.	Habiéndose declarado Emergencia Municipal en Trinidad y, posteriormente, desastre, se coordinó una única estrategia de comunicación para la contención del COVID-19, a la cabeza del Ministerio de Salud, reproducida en espacios del Gobierno Autónomo Municipal de Trinidad (GAMT) y el Gobierno Autónomo Departamental de Beni (GADB) y por redes sociales. Principalmente, mensajes sobre las medidas de bioseguridad como: el uso continuo y correcto del barbijo, distanciamiento social, uso de alcohol en gel, alcohol líquido al 70% y, fundamentalmente, lavado de manos; dar a conocer a la población las características de la enfermedad, signos y síntomas y acudir a los establecimientos de salud en caso de presentar estos signos y síntomas evitando la automedicación.
	En el marco de la estrategia de comunicación de la COVID-19, señale la fecha exacta de inicio de la campaña de prevención del coronavirus a nivel municipal.	La estrategia comunicacional se dio en coordinación con el nivel central, la cual inició el 12 de marzo de 2020, día en que se emite el Decreto Supremo N° 4179/2020 el cual declara Situación de Emergencia Nacional por presencia del brote del Coronavirus (COVID-19) y otros eventos adversos.
	Adjuntar un ejemplar del Plan de Contingencia Municipal de atención y tratamiento de la COVID-19 debidamente aprobado.	Se adjunta en digital y físico el Plan de Contingencia Municipal y su Decreto edil de aprobación.
<b>COBIJA</b>	Informe sobre la estrategia comunicacional a nivel municipal que se ha aprobado, autorizado y socializado para la prevención, atención y tratamiento de la COVID-19.	Se elaboró el Plan de Preparación y Respuesta para la Prevención y Control del Coronavirus en el Municipio de Cobija, que contiene la estrategia comunicacional, consistente en: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Líneas de acción /actividades</li> <li>- Comunicación de riesgo:</li> <li>- Prevenir y reducir la exposición del coronavirus por medio de la entrega de información oportuna, clara y pertinente que incida positivamente en el cuidado y comportamiento individual y colectivo de las familias frente a una probable epidemia.</li> </ul> <p>Para el cumplimiento de las siguientes acciones:</p> <p>1.- Implementar una estrategia de comunicación de riesgos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crear un sistema de coordinación de la comunicación e información.</li> <li>- Establecer canales de comunicación interna entre socios y aliados de la respuesta.</li> </ul> <p>Implementar un plan de comunicación pública (mensajes únicos, definición de voceros preparados, herramientas oficiales y periodistas).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir acciones de gestión de la comunicación con poblaciones vulnerables.</li> <li>- Abordar la incertidumbre, las percepciones y la gestión de la desinformación.</li> <li>- Fortalecer capacidades de comunicación en diversos actores.</li> </ul> <p>2. Monitoreo estratégico de la información y trabajo en sala de situación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se llevará a cabo reuniones de evaluación sectorial e intersectorial para conocer el grado de cumplimiento de las acciones programadas en cada sector/ministerio.</li> </ul>
	En el marco de la estrategia de comunicación de la COVID-19, señale la fecha exacta de inicio de la campaña de prevención del coronavirus a nivel municipal.	De acuerdo a la información proporcionada por el Director Municipal de Salud, la campaña de prevención del coronavirus a nivel municipal inició con la aprobación de la Resolución Administrativa N°004/2020 en fecha 26 de febrero de 2020, emitido por SEDES-Pando.

	Adjuntar un ejemplar del Plan de Contingencia unicipal de atención y tratamiento de la COVID-19 debidamente aprobado.	Se cuenta con el Plan de Preparación y Respuesta para la Prevención y Control del Coronavirus en el Municipio de Cobija, la institución remitió el documento, sin embargo no el acta de aprobación del plan.
--	---	--

Asimismo, a través de distintos medios de comunicación (televisión, radio, periódicos y redes sociales), el Estado, desde marzo pasado, difunde información sobre la COVID-19 y su prevención. Entre los spots difundidos a través de medios televisivos, la plataforma Youtube y otras redes sociales, se tienen los siguientes:

NOMBRE DEL SPOT	DESCRIPCIÓN
“Coronavirus, conoce a quiénes cuidar” <sup>20</sup> (publicado el 20/03/20)	Spot informativo elaborado en base a narrativa, animaciones, texto e intérprete para personas con discapacidad auditiva, contiene información referida a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Población vulnerable ante el contagio de la COVID-19, con padecimientos de cáncer, VIH, diabetes, hipertensión, insuficiencia renal o cardíaca.</li> <li>- Importancia del lavado de manos con jabón.</li> </ul>
“Lávate las manos” <sup>21</sup> (publicado el 20/03/20)	Spot informativo elaborado en base a narrativa, imágenes ilustrativas, texto e intérprete para personas con discapacidad auditiva; expone el procedimiento completo y correcto de cómo se deben lavar las manos para prevenir el contagio y propagación de la COVID-19.
“Uso correcto del barbijo” <sup>22</sup> (publicado el 20/03/20)	Spot informativo elaborado en base a narrativa, imágenes ilustrativas y texto, contiene las siguientes recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Solo deben utilizar barbijo: trabajadores de salud, cuidadores de enfermos y personas con síntomas.</li> <li>- Lavarse las manos y revisar que el barbijo sea nuevo.</li> <li>- Debe cubrir boca y nariz.</li> <li>- No tocar el barbijo durante su uso.</li> <li>- Para quitarse el barbijo usar los elásticos, introducirlo en una bolsa y botar a la basura, luego lavarse las manos.</li> <li>- No reutilizar los barbijos.</li> </ul>
“¿Qué es el Coronavirus?” <sup>23</sup> (publicado el 23/03/20)	Spot informativo elaborado en base a narrativa, animaciones y texto; contiene información general sobre el coronavirus, a quiénes afecta, sus síntomas (dolor de cabeza, estornudos, fiebre, fatiga, tos seca, dificultad para respirar), y la transmisión es por vía respiratoria.
“Medidas de prevención y síntomas del nuevo Coronavirus” <sup>24</sup> (publicado el 23/03/20)	Spot informativo elaborado en base a narrativa, animaciones y texto, contiene la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sintomatología (tos, fiebre, neumonía, dificultad para respirar, dolor en los músculos).</li> <li>- Recomendación de lavado de manos con agua y jabón.</li> <li>- Consumir alimentos bien cocidos.</li> <li>- Taparse la boca para estornudar o toser.</li> <li>- Usar barbijo en caso de estar resfriado.</li> </ul>

<sup>20</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=Dtz7A10CpmM&list=PL9CkZ4tljg\\_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=32](https://www.youtube.com/watch?v=Dtz7A10CpmM&list=PL9CkZ4tljg_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=32)

<sup>21</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=LKQEijk1Z8Y&list=PL9CkZ4tljg\\_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=39](https://www.youtube.com/watch?v=LKQEijk1Z8Y&list=PL9CkZ4tljg_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=39)

<sup>22</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=5gEi9Qd2X1U&list=PL9CkZ4tljg\\_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=37](https://www.youtube.com/watch?v=5gEi9Qd2X1U&list=PL9CkZ4tljg_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=37)

<sup>23</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=xEb5\\_NkRjcY&list=PL9CkZ4tljg\\_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=26](https://www.youtube.com/watch?v=xEb5_NkRjcY&list=PL9CkZ4tljg_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=26)

<sup>24</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=vmqnPyVU1VM&list=PL9CkZ4tljg\\_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=27](https://www.youtube.com/watch?v=vmqnPyVU1VM&list=PL9CkZ4tljg_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=27)



<p>“Sigue estas medidas de prevención contra el Coronavirus”<sup>25</sup> (publicado el 23/03/20)</p>	<p>Spot informativo elaborado en base a narrativa, imágenes y texto, contiene las siguientes recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavado de manos con jabón.</li> <li>- Utilizar alcohol en gel.</li> <li>- Consumir alimentos cocidos, especialmente carnes y huevos.</li> <li>- Cubrirse la boca con el lado interno del codo al toser y estornudar.</li> <li>- Utilizar barbijo si se tiene síntomas de gripe o resfrío.</li> <li>- Ventilar espacio de la casa y el trabajo.</li> <li>- Evitar contacto cercano con personas que presentan síntomas de COVID-19.</li> </ul>
<p>“Protégete al toser y estornudar”<sup>26</sup> (publicado el 23/03/20)</p>	<p>Spot informativo elaborado con animaciones y texto, contiene las siguientes recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar lugares concurridos.</li> <li>- Evitar contacto al saludar.</li> </ul>
<p>“Cuidemos a la tercera edad. ¡Seamos solidarios!”<sup>27</sup> (publicado el 27/03/20)</p>	<p>Spot informativo elaborado con imágenes de personas adultas mayores y texto, contiene las siguientes recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deber de cuidar a personas adultas mayores por su vulnerabilidad ante la enfermedad de la COVID-19.</li> <li>- Las personas mayores de 65 años no pueden salir de casa durante la cuarentena.</li> <li>- Las personas mayores de 65 años no pueden estar en contacto con personas que salen de casa.</li> </ul>
<p>“Seamos solidarios con los ancianos”<sup>28</sup> (publicado el 28/03/20)</p>	<p>Spot informativo elaborado con imágenes de personas adultas mayores y texto, contiene las siguientes recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las personas mayores de 65 años no pueden salir de casa por tener defensas bajas y alto riesgo de contagio.</li> <li>- Preguntarles siempre a los adultos mayores, familiares o vecinos qué necesitan y hacerles seguimiento diario.</li> </ul>
<p>“Utiliza barbijo donde sea que vayas. Cúdate”<sup>29</sup> (publicado el 15/04/20)</p>	<p>Spot informativo elaborado con animaciones y texto, contiene las siguientes recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener distancia mínima de un metro con otras personas.</li> <li>- Llevar y usar barbijo en centros de abastecimiento, farmacias, bancos, aglomeraciones y filas.</li> </ul>
<p>“Respetar la cuarentena, mantén distancia social y protégete”<sup>30</sup> (publicado el 15/04/20)</p>	<p>Spot informativo, elaborado con imágenes de los países más afectados por la pandemia y texto, contiene las siguientes recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cantidad de personas fallecidas y contagiadas por la COVID-19 en el mundo y en Bolivia.</li> <li>- Respetar la distancia de social de un metro de otras personas.</li> <li>- Cumplir la cuarentena.</li> </ul>
<p>“Evita las aglomeraciones en entidades financieras”<sup>31</sup> (publicado el 20/04/20)</p>	<p>Spot informativo con animaciones y texto, contiene las siguientes recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar aglomeraciones.</li> <li>- No dormir fuera de entidades financieras para cobrar bono dignidad.</li> </ul>

<sup>25</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=YKzgMOy4xHk&list=PL9CkZ4tljg\\_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=28](https://www.youtube.com/watch?v=YKzgMOy4xHk&list=PL9CkZ4tljg_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=28)

<sup>26</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=Lb\\_fMfowUwY&list=PL9CkZ4tljg\\_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=29](https://www.youtube.com/watch?v=Lb_fMfowUwY&list=PL9CkZ4tljg_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=29)

<sup>27</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=X9qPDmd7jTE&list=PL9CkZ4tljg\\_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=23](https://www.youtube.com/watch?v=X9qPDmd7jTE&list=PL9CkZ4tljg_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=23)

<sup>28</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=r-FIaL1EYrM&list=PL9CkZ4tljg\\_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=21](https://www.youtube.com/watch?v=r-FIaL1EYrM&list=PL9CkZ4tljg_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=21)

<sup>29</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=loEH-M35h7w&list=PL9CkZ4tljg\\_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=16](https://www.youtube.com/watch?v=loEH-M35h7w&list=PL9CkZ4tljg_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=16)

<sup>30</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=qFbSbyG5axo&list=PL9CkZ4tljg\\_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=17](https://www.youtube.com/watch?v=qFbSbyG5axo&list=PL9CkZ4tljg_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=17)

<sup>31</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=FwHBAun5svw&list=PL9CkZ4tljg\\_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=11](https://www.youtube.com/watch?v=FwHBAun5svw&list=PL9CkZ4tljg_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=11)

<p>“Cuidados importantes al salir de casa”<sup>32</sup> (publicado el 21/04/20)</p>	<p>Spot informativo con animaciones y texto, contiene las siguientes recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener distancia de metro y medio con otras personas.</li> <li>- Uso de barbijo y manipulación solo por sus sujetadores, quitándose solo al llegar al domicilio.</li> <li>- Evitar tocarse los ojos, nariz o boca.</li> <li>- Evitar tocar superficies.</li> <li>- Luego de manipular billetes o monedas lavar o desinfectar manos.</li> </ul>
<p>“Respetar la distancia social. Haz tu parte”<sup>33</sup> (publicado el 21/04/20)</p>	<p>Spot informativo con imágenes representativas y texto, contiene los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Muestra piezas de dominó que caen por secuencia y por proximidad, donde no se derrriban las piezas más alejadas; se ilustra la importancia y responsabilidad de guardar la distancia de metro y medio con otras personas para evitar el contagio de la COVID-19.</li> </ul>
<p>“Respetar y cumple la distancia social”<sup>34</sup> (publicado el 22/04/20)</p>	<p>Spot informativo con imágenes representativas y texto, contiene los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Muestra 11 palillos de fósforo que son encendidos por secuencia y por proximidad, donde los últimos seis no se encienden por estar suficientemente alejados; se ilustra la importancia y responsabilidad de guardar la distancia de metro y medio con otras personas para evitar el contagio del COVID-19.</li> </ul>
<p>“Cuidados importantes al volver a casa”<sup>35</sup> (publicado el 29/04/20)</p>	<p>Spot informativo elaborado en base a animaciones y texto, contiene las siguientes recomendaciones:</p> <p>Desinfección de los productos que se llevan de la calle a casa.</p> <p>Desinfección de ropa y objetos personales.</p> <p>Lavado de manos de 40 a 60 segundos con agua y jabón.</p>
<p>“Recomendaciones para salir de compras durante la cuarentena”<sup>36</sup> (publicado el 30/04/20)</p>	<p>Spot informativo con narrativa, animaciones y texto, contiene las siguientes recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Salir el día de compras según último número del carnet de identidad.</li> <li>- No exponer a enfermos, menores de 18 años, ni a personas mayores de 65 años.</li> <li>- Uso de barbijo.</li> <li>- Distancia de medio y medio de distancia con otras personas.</li> <li>- No tocar demasiado los alimentos.</li> <li>- Evitar tocarse los ojos, nariz o boca.</li> <li>- Lavado de manos al llegar al domicilio.</li> <li>- Desinfectar las bolsas de mercado.</li> <li>- Lavado de frutas y vegetales comprados.</li> </ul>
<p>“Medidas preventivas para luchar contra el Coronavirus”<sup>37</sup> (publicado el 01/05/20)</p>	<p>Spot informativo con animaciones y texto, contiene las siguientes recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavado de manos por 40 segundos frecuentemente con agua y jabón.</li> <li>- Usar desinfectante a base de alcohol.</li> <li>- Mantener distancia de metro y medio con otras personas.</li> <li>- Uso de barbijo si se tienen síntomas respiratorios.</li> <li>- Al toser y estornudar cubrirse la boca y nariz con el ángulo interno del codo.</li> <li>- Evitar tocar los ojos, nariz o boca con las manos.</li> <li>- Evitar contacto de superficies que podrían estar contaminadas.</li> </ul>

<sup>32</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=URc7\\_GETb4c&list=PL9CkZ4tljg\\_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=7](https://www.youtube.com/watch?v=URc7_GETb4c&list=PL9CkZ4tljg_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=7)

<sup>33</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=4TRnulkobXw&list=PL9CkZ4tljg\\_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=9](https://www.youtube.com/watch?v=4TRnulkobXw&list=PL9CkZ4tljg_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=9)

<sup>34</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=\\_iVBRBgG\\_yQ&list=PL9CkZ4tljg\\_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=6](https://www.youtube.com/watch?v=_iVBRBgG_yQ&list=PL9CkZ4tljg_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=6)

<sup>35</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=wuYZhKV88g0&list=PL9CkZ4tljg\\_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX](https://www.youtube.com/watch?v=wuYZhKV88g0&list=PL9CkZ4tljg_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX)

<sup>36</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=LmyeLeMft8o&list=PL9CkZ4tljg\\_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=2](https://www.youtube.com/watch?v=LmyeLeMft8o&list=PL9CkZ4tljg_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=2)

<sup>37</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=5WeleC-NPwY&list=PL9CkZ4tljg\\_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=40](https://www.youtube.com/watch?v=5WeleC-NPwY&list=PL9CkZ4tljg_QQbMHTr6tVFWC0mc749GMX&index=40)

<p>“Recuerda que es importante utilizar barbijo”<sup>38</sup> (publicado el 14/05/20)</p>	<p>Spot informativo, elaborado con animaciones y texto, contiene las siguientes recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Importancia del uso de barbijo al salir del domicilio, especialmente, en el caso de: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Funcionarios públicos.</li> <li>2. Vendedores de mercados y supermercados.</li> <li>3. Cajeros de bancos.</li> <li>4. Personal de seguridad.</li> <li>5. Policía y Fuerzas Armadas.</li> <li>6. Trabajadores de salud.</li> <li>7. Responsables de distribución de alimentos y dotación de insumos médicos.</li> </ol> </li> </ul>
<p>“Quédate en casa y cuídate del Coronavirus”<sup>39</sup> (publicado el 18/05/20)</p>	<p>Spot informativo elaborado en base a animaciones, texto, narrativa y con interprete para personas con discapacidad auditiva, contiene información general a cerca de la COVID-19 y su sintomatología; asimismo, emite las siguientes recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recomienda quedarse en casa.</li> <li>- Lavado de manos después de toser, limpiarse la nariz e ir al baño, antes de preparar alimentos y antes de jugar con los niños.</li> <li>- Evitar contacto y visitas con personas que tengan síntomas de resfrío o gripe.</li> <li>- Mantener la casa y juguetes limpios para proteger a los niños pequeños.</li> </ul>
<p>Fuente: Cuadro elaborado por la Defensoría del Pueblo con información recabada de redes sociales.</p>	

Estas medidas de prevención, materializadas y asumidas formalmente por el Gobierno central desde marzo de 2020, desde un inicio fueron objeto de rechazo por parte de la población, que en diferentes ocasiones observó la falta de adecuación a la realidad que éstas tenían, como ocurrió en la ciudad de El Alto, donde sus habitantes se rehusaron a acatarlas bajo la justificación de la necesidad de salir de casa para obtener los recursos económicos para subsistir. Un sector en el que se visibiliza claramente esta situación es el del transporte: “(...)Tenemos dos motivos, por una parte necesitamos trabajar porque lo que ganamos cada día apenas da para sobrevivir, y también porque la gente nos exige que trabajemos, si no, ¿cómo se va a movilizar tanta gente que no puede quedarse en sus casas?”, “Si no salgo a trabajar, nadie come en casa, porque día no trabajado es casi como día sin comida”, señaló el propietario de un minibús de transporte público de la ciudad de El Alto (...).<sup>40</sup> De igual modo, el sector del comercio informal, en esa ciudad, se resistió al cumplimiento del aislamiento social y aplicó la propia forma de comercialización de la población en diferentes sectores y barrios: “Vendedores y compradores se contaban por millares en la feria de Río Seco, que seguía activa varias horas después del mediodía, cuando debía producirse el cierre obligatorio de mercados durante la cuarentena. En esa aglomeración callejera parecía imposible el cumplimiento de las normas de distanciamiento social (...)”.<sup>41</sup> De manera coincidente, la prensa reflejaba esta situación a nivel nacional: “(...) Igual que en El Alto, el comercio callejero era la actividad que provocaba las mayores aglomeraciones ciudadanas en gran parte de ciudades y pueblos bolivianos, en violación de la cuarentena decretada por el gobierno (...)”.<sup>42</sup> Así, esta idea generalizada de rechazo se evidencia durante las sucesivas ampliaciones de la cuarentena decretadas por la ex Presidenta, Jeanine Áñez, y su gabinete;

<sup>38</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=5reLb9NvSk>

<sup>39</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=3LcsDidCgOE>

<sup>40</sup> <https://www.la-epoca.com.bo/2020/03/24/trabajadores-de-el-alto-boliviano-afirman-que-no-acatan-cuarentena-para-poder-comer/>

<sup>41</sup> <https://www.la-epoca.com.bo/2020/03/24/trabajadores-de-el-alto-boliviano-afirman-que-no-acatan-cuarentena-para-poder-comer/>

<sup>42</sup> <https://www.la-epoca.com.bo/2020/03/24/trabajadores-de-el-alto-boliviano-afirman-que-no-acatan-cuarentena-para-poder-comer/>

claro ejemplo de esto, es lo sucedido en mayo de 2020, en la zona de K´ara K´ara, al sur de la ciudad de Cochabamba, donde se vivió, al menos, una jornada de tensión que concluyó con violentos enfrentamientos entre fuerzas del orden y manifestantes que rechazaban la ampliación de la cuarentena sanitaria contra la amenaza del coronavirus y pedían elecciones<sup>43</sup>. Por detalles recogidos a través de los medios de comunicación, se conoció que los movilizadores anunciaban que mantendrían su medida de presión. “No podemos seguir así, necesitamos salir a trabajar”, declaró uno de ellos a la red Bolivisión. Evidentemente, en algunas regiones del país, de forma excepcional, la cuarentena rígida fue acatada y controlada por los gobiernos subnacionales como el caso de Oruro, que mantuvo un periodo relativamente largo de “silencio epidemiológico”, coincidiendo en opinión de la propia gente y población nacional, que el éxito temporal se debió a la articulación y coordinación de las autoridades locales de la región.<sup>44</sup>

Un ejemplo conocido por la Defensoría del Pueblo, es el referido al cumplimiento de estas medidas en Puerto Suárez, donde en el área urbana, no obstante al recorrido del personal militar por lugares públicos, en vehículos y con altavoz, recordando a la población el uso de barbijos y guantes de látex, la mayoría de la población no hace uso de estos implementos por las condiciones climáticas. Se ha observado que, en general, no se realiza el control de la circulación de personas de acuerdo con los últimos dígitos de la cédula de identidad establecido en el Decreto Supremo N° 4200; este control se limita a zonas de mayor afluencia como mercados y entidades financieras u otros lugares más concurridos, lo que ha generado que la población transite por avenidas y calles donde no existe restricción. Las medidas de prevención asumidas en este municipio por parte del Gobierno central (control policial y militar), han dejado de lado la participación social, excluyendo a las Organizaciones Territoriales de Base (OTBs) de la región, que se constituyen en aliados estratégicos para el control, seguimiento, evaluación de cambios de conducta en la población en general, lo cual fue evidenciado en verificaciones defensoriales *in situ*.

En cuanto al rol de rectoría que ejerce el Ministerio de Salud sobre el Sistema Nacional de Salud, respecto a medidas de prevención, éste emite y aprueba la Norma Técnica de Procedimientos de Bioseguridad para la prevención del contagio de COVID-19, mediante Resolución Ministerial N° 275 de 21 de mayo de 2020, aproximadamente, dos meses después de la presentación del primer caso de COVID-19 en el país. Dicho documento contiene las medidas generales y específicas para prevenir el contagio y la propagación de coronavirus en todo el ámbito nacional del Estado Plurinacional de Bolivia; define los aspectos fundamentales para el cuidado personal y para la limpieza y desinfección del entorno (ambientes, espacios y superficies); aclara que el contenido se encuentra sujeto a revisiones y modificaciones futuras, puesto que aún hay mucho por conocer con referencia al virus causante de esta patología; asimismo, tiene por objetivo establecer procedimientos técnicos de bioseguridad para la estandarización de su aplicación en todo el territorio nacional, con el fin de prevenir el contagio y la propagación de la COVID-19.<sup>45</sup>

<sup>43</sup> <https://www.la-razon.com/ciudades/2020/05/12/policias-enfrentan-kara-kara-bloqueadores-rechazan-la-cuarentena/>

<sup>44</sup> <https://cnnespanol.cnn.com/2020/04/11/alerta-bolivia-oruro-un-ejemplo-de-disciplina-y-conciencia-ante-el-Coronavirus/>

<sup>45</sup> <https://www.minsalud.gob.bo/component/jdownloads/download/30-guias-manejo-COVID-19/446-norma-tecnica-de-procedimientos-de-bioseguridad-para-la-prevencion-del-contagio-de-COVID-19-19?Itemid=646>

## Estrategia comunicacional del miedo

El Código Penal, en el Artículo 216 respecto a delitos contra la salud pública, prevé la “privación de libertad de uno (1) a diez (10) años” para quien (entre otras conductas): propagare enfermedades graves o contagiosas u ocasionare epidemias; provocare escasez o encarecimiento de artículos alimenticios y medicinales, en perjuicio de la salud pública; realizare cualquier otro acto que de una u otra manera afecte la salud de la población.

En marzo de la presente gestión, el ex Ministro de Gobierno, Arturo Murillo, señaló durante una conferencia de prensa en Cochabamba, que las personas que no acaten las medidas de cuarentena total serían arrestadas y hasta podrían pasar diez años en la cárcel por el delito de atentado contra la salud. *“Las FFAA tienen la orden de usar la fuerza con las personas que no quieran obedecer”*, remarcó.<sup>46</sup> En el mismo sentido, el Ministro de Justicia, Álvaro Coímbara, señaló que procesarían a todos los que no cumplan el aislamiento total.<sup>47</sup>

De acuerdo con las disposiciones dictadas por el Gobierno Transitorio, la gente solo debía salir de sus casas si la terminación del número de su cédula de identidad coincidía con el cronograma dispuesto para la circulación: los lunes estaban autorizados los números con terminación en 1 y 2, martes 3 y 4, miércoles 5 y 6, jueves 7 y 8, y viernes 9 y 0; el fin de semana nadie debía circular.<sup>48</sup>

La información recogida por la Defensoría del Pueblo y reflejada en la página web, dan cuenta de que en fecha 28 de junio se tuvieron 11 personas arrestadas, y un total de 2.364 personas con procesos abiertos.<sup>49</sup>

En este contexto y ante la cantidad de aprehendidos, arrestados, procesados y retenidos, la Defensoría del Pueblo, mediante Nota CITE: DP-ADCDH-UCD- 108.1/2020 dirigida al Fiscal General del Estado, solicitó informe referente a personas que fueron procesadas por el incumplimiento de las medidas de prevención en el marco del tipo penal de delitos contra la salud pública. La referida autoridad, mediante nota OF: CITE: FGE/JLP N° 638/2020, remitió el informe DGFSE/RIAG N° 109/2020 suscrito por el Director de Gestión Fiscal, Supervisión y Evaluación, en el que se da a conocer que la cantidad de personas registradas por denuncias por el mencionado tipo penal asciende a 1.337 en el periodo del 21 de marzo al 29 de septiembre de 2020.

Esta situación permite observar que las acciones asumidas carecieron de la persuasión adecuada por parte del nivel central del Estado, que provocó que los propios Ministros de Estado comiencen con una suerte de campaña pública de sicosis, de amedrentamiento por parte estas autoridades, debiendo acudir, incluso, al uso e instrumentalización de las fuerzas del orden, lo cual pudo evitarse de ser adecuada la argumentación utilizada en la campaña. A manera de ejemplo se

<sup>46</sup> <https://www.atb.com.bo/sociedad/murillo-advierte-con-10-a%C3%B1os-de-c%C3%A1rcel-para-las-personas-que-no-acaten-medidas-de-cuarentena>

<sup>47</sup> <https://www.opinion.com.bo/opinion/editorial/cuarentena-total-buenas-malas/20200327123432758643.html>

<sup>48</sup> <https://www.opinion.com.bo/opinion/editorial/cuarentena-total-buenas-malas/20200327123432758643.html>

<sup>49</sup> <https://www.defensoria.gob.bo/COVID-19-19/99-dia.html>

tiene el spot “#QuédateEnCasa”, filmado en las calles y que es blanco de críticas.<sup>50</sup> Entre los comentarios registrados en el servidor donde se aloja el video, la mayoría de las personas escriben opiniones bastante racionales y directas que, perdonando la calidad pobre de edición, se concentran en el mensaje: “¿Cuál es la finalidad? ¿Generar terror, pánico?... deberían promover higiene y buena alimentación, solidaridad; “Trabajo en publicidad y marketing y realmente mis ojos sangran al ver esto”; “Esta es la manera más irresponsable de informar, creando miedo y temor en la población” “(...) El video y mensajes del Ministerio de Comunicación de Bolivia, son un reflejo de cómo parece que dinosaurios siguen llevando las riendas de lo que se dice y como se dice. Este fenómeno no solo se queda en instancias de Gobierno (...)”.<sup>51</sup>

La exacerbación de ánimos se denota desde diferentes sectores, que a más de mostrar contraposición y polaridad en la perspectiva de cada uno de ellos, evidenció urgencia del Gobierno nacional para asumir discursos mucho más circunscritos al ámbito de la sanción penal que al ámbito de la persuasión, de la prevención para evitar contagios y riesgo en la salud de la población; el discurso de cuidado y protección se redujo a uno referido a castigos y penas privativas de libertad para quienes incumplan las disposiciones emanadas por el Gobierno central, advirtiendo a la población con encarcelar a las personas que incumplan las disposiciones emitidas en la cuarentena y post cuarentena. Por ejemplo, en fecha 23 de marzo de 2020, el entonces Ministro de Gobierno, Arturo Murillo, en conferencia de prensa advierte con encarcelar a quien pudo contagiar la COVID-19 en una boda;<sup>52</sup> en fecha 24 de marzo de 2020 se informa “cinco jóvenes van a la cárcel de Sacaba por beber en la cuarentena”;<sup>53</sup> el 26 de marzo de 2020, nuevamente, el Ministro de Gobierno advierte que “(...) los ciudadanos que en esta cuarentena agreden a efectivos policiales y militares serán procesados y enviados a la cárcel, (...) y si el señor del SEDES hace política, lo voy a hacer meter preso, no estoy jugando”.<sup>54</sup>

El uso de la fuerza pública para la efectivización de las medidas de prevención, tanto por parte de la Policía Nacional como de las Fuerzas Armadas, radicó en la falta de eficacia en la persuasión de las autoridades para lograr que la gente aprehenda y se apropie de estas disposiciones como suyas para evitar contagio; la falta de una estrategia comunicacional adecuada a la realidad de la población boliviana; incluso, la falta de socialización personal de información adecuada además de la información confusa evidenciada por expertos en comunicación, provocó la inobservancia y hasta el rechazo de las mismas como se describió líneas arriba.

### **Alcance de la estrategia comunicacional**

Si bien el Órgano Ejecutivo puede acreditar la existencia material de la referida documentación técnica para la prevención de la COVID-19 y de otras normas específicas sobre temas relativos al coronavirus, no es menos evidente que por la forma de redacción, espíritu y nivel

<sup>50</sup> [https://cedib.org/wp-content/uploads/2020/03/Copia-de-CRONOLOGIA-DE-PRENSA-CORONAVIRUS-DEL-01\\_03-AL-26\\_03.2020-2.pdf](https://cedib.org/wp-content/uploads/2020/03/Copia-de-CRONOLOGIA-DE-PRENSA-CORONAVIRUS-DEL-01_03-AL-26_03.2020-2.pdf) video “QuédateEnCasa”

<sup>51</sup> <https://www.la-razon.com/tendencias/2020/04/05/de-videos-virales-a-un-virus-que-nos-cambie/>

<sup>52</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020murillo-advierte-con-encarcelar-quien-pudo-contagiar-el-covid-19-en-una-boda-250595.html>

<sup>53</sup> <https://www.opinion.gob.bo/articulo/cochabamba/jovenes-van-carcel-sacaba-beber-cuarentena/20200324141713758098.html>

<sup>54</sup> [https://eldeber.com.bo/171096\\_ahora-el-ministro-arturo-murillo-explica-los-alcances-de-las-nuevas-restricciones-ent-bolivia](https://eldeber.com.bo/171096_ahora-el-ministro-arturo-murillo-explica-los-alcances-de-las-nuevas-restricciones-ent-bolivia)



de complejidad para su entendimiento, el alcance de éstas estaba circunscrito a un reducido grupo de personas de áreas urbanas, periurbanas, ciudades capitales e intermedias, que no abarcó en extensión y amplitud al conjunto de la población rural. Es evidente que existió una estrategia de comunicación como política a cargo de dos carteras de Estado, pero éstas no ampliaron su espectro a todo nivel de cobertura, como se advierte en el siguiente texto: *“(...) En las comunidades rurales del país la población conoce sobre la pandemia por medio de la información que brindaron l@s profesores, quienes comunicaron que se suspendían las labores escolares, es así que en lugares muy alejados es la única información que tenían, posteriormente a esta situación, las autoridades municipales promulgaron leyes municipales para poder hacer cumplir la cuarentena. Por lo que, podemos identificar que la población rural está en desventaja para recibir información de cómo prevenir el contagio, la mayor información que se ha difundido está en español y no en su lengua originaria (...).”*<sup>55</sup>

El alcance de la estrategia comunicacional, por parte del Gobierno central, para que la población del área rural y de comunidades dispersas o alejadas conozcan y tengan certidumbre sobre las acciones de prevención para evitar contagios por COVID-19, obligó a las autoridades originarias a asumir otro tipo de acciones como la restricción de ingreso a sus poblaciones a través de cercos humanos y rústicos. Los propios comunarios señalan que gracias a la mínima información obtenida a través de internet lograron conocer aspectos básicos de esta enfermedad: *“(...) Algunas comunidades han tomado la decisión de auto protegerse controlando el ingreso por la carretera, para lo cual han puesto obstáculos en la vía y así realizar los respectivos controles a través de la solicitud de un certificado médico del centro de salud para garantizar un estado de salud favorable. Las formas habituales de comunicación que teníamos con nuestra población meta han cambiado, ahora lo hacemos de forma virtual, con los dirigentes, padres de familia y estudiantes, quienes tienen acceso a internet pero, lamentablemente, la gran mayoría no logra acceder a este servicio debido al factor económico. La población rural ha manifestado claramente su temor ante la incertidumbre por la falta de condiciones para una atención de salud en caso de presentarse este virus (...).”*<sup>56</sup>

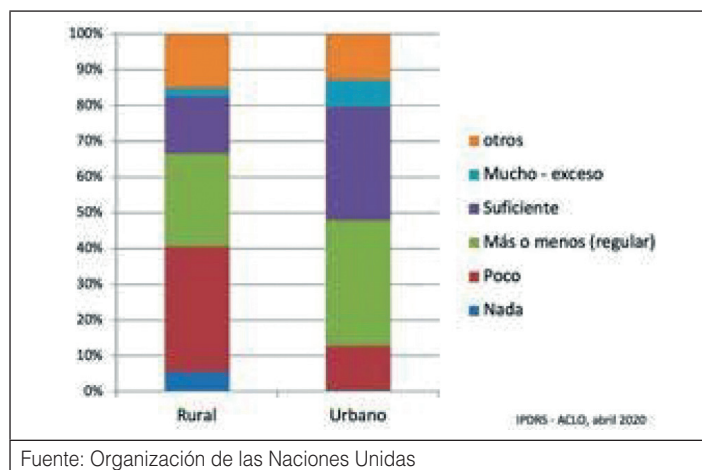
En este sentido, resulta importante considerar la encuesta realizada del 10 al 17 de abril 2020, dirigida a la población rural y urbana, buscando alcanzar una representación amplia de municipios y que fue realizada por Instituto para el Desarrollo Rural de Sudamérica (IPDRS) y la Asociación Cultural Loyola (ACLO) en Bolivia, en coordinación con ACLO, AYNISUYU, CCIMCAT, CEJIS, CENDA, CERDET, CIPCA, CISEP, Centro Juana Azurduy, Colectivo CASA, FORMASOL, Fundación AGRECOL Andes, Fundación Jubileo, Fundación Machaqa Amawta, INDICEP, Instituto para el Desarrollo Humano-Bolivia, Mujeres en Acción, Pastoral Social Caritas Bolivia, PRODIASUR, Radio Esperanza de Aiquile, Red PCCS y Red UNITAS,<sup>57</sup> con el objetivo de conocer la percepción sobre los mensajes emitidos respecto a la COVID-19. Esta encuesta abarcó a 106 municipios con 519 encuestas a 288 mujeres y 231 hombres, cuyos aspectos sobresalientes se detallan de la siguiente manera:

Percepción de disponibilidad de información sobre las medidas de seguridad para protegerse de la COVID-19 por ámbito rural – urbano:

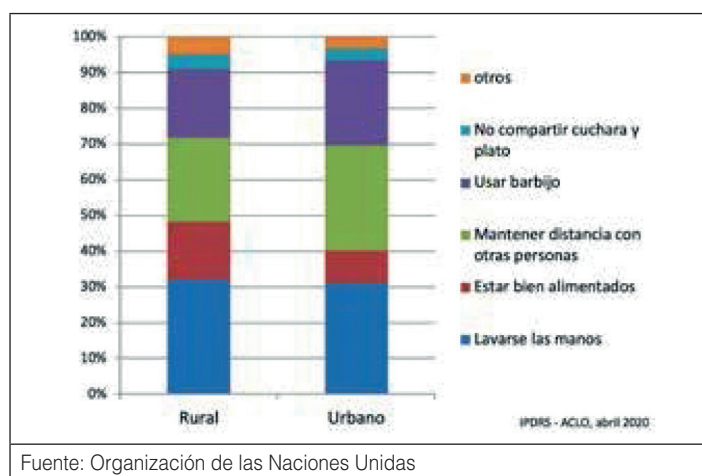
<sup>55</sup> <https://tdh-latinoamerica.de/?p=4522>

<sup>56</sup> <https://tdh-latinoamerica.de/?p=4522>

<sup>57</sup> <http://www.nu.org.bo/wp-content/uploads/2020/03/Resultados-encuesta-COVID-1919.pdf>



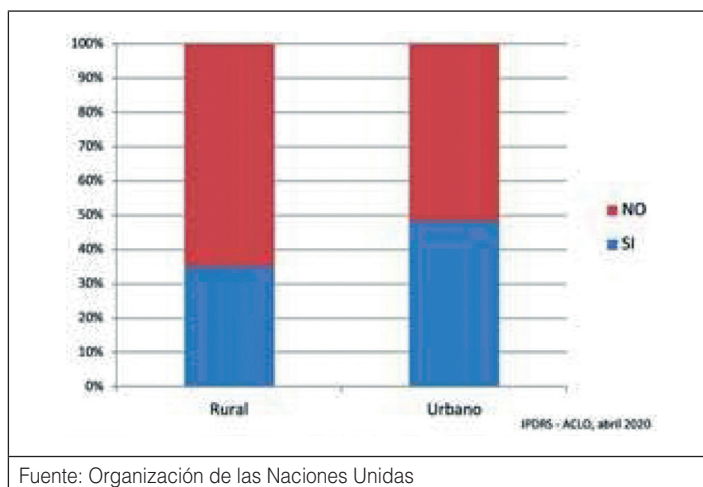
Encontramos una diferencia significativa sobre la percepción de la disponibilidad de información entre las áreas rurales y urbanas; en el caso de la población rural, prácticamente, el 70% percibe que no tiene suficiente información; en el caso de la población urbana este porcentaje es menor a 50%. Medidas que conoce para evitar el contagio de la COVID-19 por ámbito rural – urbano:



Encontramos que, prácticamente, el 80% de la población conoce algunas o todas las medidas de prevención más difundidas: lavarse las manos, utilizar barbijo y mantener distancia con otras personas. Si bien se recomienda insistir en estas medidas, es necesario hacer énfasis en otros aspectos como el cuidado de la alimentación, condición física y prácticas más concretas sobre la transmisión, como compartir cubiertos y otras, que son propias de la condición económica social en el país y que se complejizan en la situación de pobreza, más aún, en la emergencia sanitaria.

Conocimiento sobre los síntomas de la COVID-19 por ámbito rural – urbano:





Encontramos que prácticamente 50% de la población urbana y el 35% de la población rural consideran que podría reconocer los síntomas de la COVID-19.

En este marco y con la inquietud de que se cumpla el enfoque intercultural en la promoción de la salud y, específicamente, en la prevención del contagio de la COVID-19, la Defensoría del Pueblo instó a que los GADs y GAMs planteen una estrategia y una política de prevención en la que se reconozca la diversidad cultural de la región y que se garantice la articulación y participación de actores sociales en la construcción, implementación y control de estos programas, rescatando los modelos obtenidos con el modelo SAFCI. En ese marco, mediante nota GADLP/AG/NEX-180/2020 de junio de 2020, el Asesor General de la Gobernación del Departamento de La Paz dio a conocer el informe con CITE: GADLP/SEDES-LP/UPS y PE/INF-09/2020, de fecha 11 de junio de 2020, emitido por el Jefe de Unidad de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades, que manifiesta la evidencia de que aún les falta llegar con mayor incidencia a las naciones y pueblos indígena originario campesinos; que sin embargo, ya se realiza la adecuación y ajuste del Plan de Contingencia COVID-19 con Enfoque Intercultural y Participación Social, enmarcados en el Plan Estratégico Departamental COVID-19 desde las áreas competenciales de la Unidad de Promoción de la Salud del SEDES La Paz, y una vez que sean aprobados serán ejecutados priorizando a las naciones y pueblos originario campesinos, en complementación y articulación, en base a sus organizaciones, en la Gestión Participativa - Control Social y la Atención Integral Intercultural de la Salud.

Asimismo, señala que se está a la espera de la aprobación de la "Ley Departamental de Implementación de la Medicina Tradicional para Fortalecer la Lucha contra el COVID-19", que coadyuvará a la articulación de la medicina tradicional en el tratamiento preventivo de la pandemia del coronavirus COVID-19. Acompaña, a su vez, el Informe CITE: GADLP/SEDES-LP/UPS y PE/MTI/INF -14/2020 de 26 de mayo, referido al mencionado Proyecto de Ley Departamental, en el que refiere sobre la pertinencia y viabilidad técnica y jurídica para su aprobación. Un dato curioso que merece urgente consideración es el Instructivo CITE: GADLP/SEDES-LP/UPS y PE/G.P./INS /-015-/2020 de 4 de junio de 2020, que establece que el equipo de Trabajo Social de las redes urbanas de salud realizan actividades en el marco de la promoción de la salud y medidas de prevención de la enfermedad de la COVID-19, cuyas acciones particulares serían (entre otras) la

difusión y sensibilización de medidas preventivas dirigidas a la población del área de influencia de su red a través de la distribución de material educativo (trípticos, bípticos, CDs, volantes, fotocopias de otros materiales, etc.), así como la promoción de actividades de prevención de la COVID-19 en coordinación con la estructura social en salud. En otro instructivo, de la misma fecha 4 de junio de 2020, emitido por la Unidad de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades del SEDES La Paz se instruye a los responsables de áreas de la Unidad de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades, realizar la adecuación y ajuste de las acciones de acuerdo a los lineamientos del Plan de Contingencia COVID-19 con Enfoque Intercultural y Participación Social, incorporando estos enfoques en el marco del Plan Departamental Estratégico Operativo COVID-19, cuya fecha límite de entrega fue fijada para el 19 de junio. Ante la demora en la implementación de medidas con enfoque intercultural, resulta coincidente la apreciación de la población consultada en la encuesta realizada por el IPDRS sobre la percepción de la escasa y limitada disposición de la información.

Por otro lado, resulta importante referir que desde un inicio existieron preocupación y reclamos en diferentes sectores de la población respecto a la implementación de medidas de prevención para contener la COVID-19. Así, por ejemplo, el Presidente del Colegio Médico Departamental de La Paz, en enero de 2020, advirtió que Bolivia no tenía los mecanismos de bioseguridad para afrontar el coronavirus.<sup>58</sup> Por su parte, en fecha 30 de enero de 2020, el representante de la Cámara de Transporte Pesado solicitó al Ministro de Salud tomar medidas de bioseguridad en los pasos fronterizos para reforzar la prevención contra el coronavirus.<sup>59</sup>

El propio Ministerio de Salud, en su informe técnico MS/VMTI/IT/66/2020 de fecha 17 de septiembre de 2020, ha reconocido la actuación “independiente y creativa” de los naciones y pueblos originario campesinos detallando, entre otras acciones propias, el aislamiento total de las comunidades con cierre de caminos de ingreso y salida; estableciendo trancas en cada vía de ingreso y advirtiendo sanciones en el marco de usos y costumbres; impidiendo el ingreso de personas foráneas para evitar la propagación del virus; suspendiendo la realización de reuniones planificadas en la zona; abastecimiento de las comunidades a través de ferias y venta de productos locales planificadas para evitar el desplazamiento de los comunarios; implementación del uso estricto de barbijos, guantes, mandil e implementos sanitarios; salidas de emergencias y otros.

El informe establece, además, que en mérito al Decreto Supremo N° 4257 de 4 de junio de 2020, el aún entonces Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, ahora Dirección General de Medicina Tradicional e Interculturalidad, debe difundir y socializar de forma directa en cada una de las comunidades y territorios indígena originario campesinos y en las organizaciones de prestadores del servicio de la medicina tradicional, las causas, efectos y consecuencias generadas por la pandemia del coronavirus, además de las formas de prevenir y mitigar dichos efectos recurriendo a los saberes y conocimientos ancestrales de los pueblos y naciones indígena originaria campesinas y afrobolivianos. A la fecha se cuentan con trabajos de investigación sobre plantas medicinales y productos naturales tradicionales con bondades para prevenir y

<sup>58</sup> <https://erbol.com.bo/nacional/larrea-bolivia-no-tiene-los-mecanismos-de-bioseguridad-para-afrontar-el-Coronavirus>

<sup>59</sup> <https://www.paginasiete.bo/economia/2020/1/30/transporte-pesado-pide-medidas-de-bioseguridad-en-fronteras-por-el-Coronavirus-245062.html#!>

contener a la enfermedad de la COVID-19, publicados y difundidos a través de los diferentes medios de comunicación y redes sociales (internet, WhatsApp, Facebook), así como materiales audiovisuales, radiales y gráficos, difundidos en coordinación directa con las diferentes instancias públicas y privadas para alcanzar el logro común de los objetivos.

Dicho informe señala, además, que el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Medicina Tradicional e Interculturalidad, trabaja en acción conjunta con los representantes de la CIDOB y Defensa Civil para incidir en dos aspectos principales, en prevención y protección. En base a los reportes de alto riesgo de vulnerabilidad en las comunidades indígenas del oriente boliviano se previó la entrega de insumos biomédicos y alimentación (ración seca)

En el documento oficial se informa, también, que a partir del 1° de julio de 2020 se cuenta con el Protocolo para Abordaje de COVID-19 en Pueblos Indígena Originario Campesinos y Afrobolivianos” del Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia, que incluye líneas de acción y estrategias de comunicación e información que les permita a las comunidades, organizaciones sociales y autoridades locales nacionales contar con un instrumento técnico normativo para definir acciones inmediatas para evitar la propagación del virus a las comunidades y/o desarrollar un tratamiento adecuado y apropiado, interculturalmente, para las personas y colectivos afectados por este mal endémico. Una de las acciones más relevantes dispone que los representantes y líderes de la comunidad deberán involucrar a los jóvenes indígenas en la difusión de los mensajes referentes a la COVID-19 dentro de las comunidades, tanto en las lenguas principales como en las lenguas indígenas locales, ya que su dominio de los medios de comunicación social les convierte en actores fundamentales en esta situación.

Finalmente, el informe oficial del Ministerio de Salud considera que entre las medidas de prevención asumidas desde las instancias competentes de esta cartera de Estado se encontrarían, específicamente, la implementación del “Proyecto de Emergencia, Habilitación y Equipamiento del Centro de Contingencia al COVID-19 en la Red de Salud N° 2 Apolobamba” y la promoción de una serie de encuentros, espacios de reflexión, intercambio de experiencias y saberes sobre la temática de salud y la medicina tradicional ancestral frente al problema del coronavirus; a partir de los cuales se puedan desarrollar procesos sistemáticos de sensibilización, orientación y diálogo entre los diversos actores del sistema de salud, promoviendo y facilitando el intercambio de buenas prácticas entre pueblos, comunidades y organizaciones indígenas de la región en cuanto a iniciativas y medidas adoptadas para evitar la expansión de la pandemia y el cuidado de sus familias dentro de sus territorios. Refiere, además, la creación del Comité de Emergencia Nacional para los Pueblos Indígena Originario Campesinos, instancia conformada por diversas instituciones nacionales, y organizaciones de la sociedad civil, los cuales vienen desarrollando una serie de tareas y acciones conjuntas destinadas a la prevención, contención de la COVID-19 dentro de las naciones y pueblos indígena originario y campesinos, así como la ayuda humanitaria necesaria para disminuir los efectos negativos de esta pandemia dentro de las poblaciones vulnerables y en situación de riesgo dentro del Estado Plurinacional, como la dotación y entrega de diversas provisiones y suministros esenciales como víveres y/o alimentos, insumos de bioseguridad y otros para las familias más afectadas por esta pandemia; tomando las medidas para que la ayuda sanitaria,

alimenticia y de cualquier índole, llegue de manera adecuada y oportuna a las poblaciones indígenas, siendo necesario para ello coordinar con los interlocutores de cada comunidad u organización indígena involucrada.

## **LA PANDEMIA Y EL ACCESO A LA ATENCIÓN EN SALUD**

El derecho fundamental a la salud es aquel en virtud del cual las personas, los grupos sociales, la familia, especialmente, como titulares de éste pueden exigir a los órganos del Estado, que establezcan las condiciones adecuadas para que puedan alcanzar un estado óptimo de bienestar físico, mental y social y les garanticen el mantenimiento de esas condiciones. El derecho a la salud no significa solamente el estar en contra de la enfermedad, sino el derecho a una existencia con calidad de vida. Este entendimiento, en el actual orden constitucional, encuentra mayor eficacia porque la salud es un valor y fin del Estado Plurinacional, un valor en cuanto el bienestar común, respetando o resguardando la salud, conlleva al “vivir bien” como se prevé constitucionalmente; pero también es un fin del Estado toda vez que, constitucionalmente, se dispone que son fines y funciones esenciales del Estado el “garantizar el acceso de las personas a la educación, a la salud y al trabajo”.<sup>60</sup>

La salud, constitucionalmente, como derecho fundamental es función suprema y primera responsabilidad financiera del Estado, a cuyo efecto los servicios de salud deben ser prestados de forma ininterrumpida; garantizándose el servicio de salud público concordante, a su vez, con el derecho a acceder a la seguridad social. Resulta importante señalar, además, que es mandato legal que en caso de urgencia ningún médico, centro de salud, hospital o clínica podrá negar atención básica al paciente.

En lo que respecta a la coyuntura devenida de la pandemia por la COVID-19, el Estado, a través de la Asamblea Legislativa Plurinacional, sancionó la Ley N° 1293, de 1° de abril de 2020, que establece que los entes gestores de la seguridad social a corto plazo en coordinación con el Ministerio de Salud, en sus establecimientos de salud, deberán implementar medidas necesarias y oportunas para la prevención, contención, atención y tratamiento de la infección por el coronavirus; así definir que el sub sector privado deberá cumplir lo emanado por el Ministerio de Salud y las entidades territoriales autónomas, y además deberá garantizar a sus usuarios y trabajadores los medios adecuados para la atención. Es importante aclarar que, por mandato legal, el Sistema Nacional de Salud está conformado por los sectores de seguridad social a corto plazo, público y privado con y sin fines de lucro y medicina tradicional; desde el Órgano Ejecutivo, en el marco de la Ley N° 1293, se dispuso que mientras continúe vigente la declaratoria de emergencia sanitaria nacional por el coronavirus, los establecimientos de salud, clínicas y otros de los subsectores público, de la seguridad social de corto plazo y privado del Sistema Nacional de Salud están integrados al Sistema de Defensa Civil bajo mando del Consejo Nacional para la Reducción de Riesgos y Atención de Desastres y/o Emergencias (CONARADE), por lo que están

<sup>60</sup> Derechos Humanos, Normativa y Jurisprudencia, de Marcelo Claros Pinilla, Fernando Zambrana Sea y Monica Bayá Camargo.

obligados a atender el diagnóstico, control, atención y tratamiento de la COVID-19 de forma inmediata y sin consideraciones de ninguna naturaleza, siendo la infraestructura, equipamiento y el personal priorizados y destinados conforme requerimientos y organización determinada por el Ministerio de Salud.

De acuerdo a la evolución del incremento de casos confirmados de COVID-19 en territorio boliviano, las autoridades del nivel central nacional, mediante Decreto Supremo N° 4205 de 1° de abril de 2020, al reiterar la Rectoría del Ministerio de Salud con base en la mencionada normativa, definieron, con denotada tardanza, como política gubernamental en relación a los primeros casos de COVID-19 en Bolivia que datan por información oficial al 10 de marzo de 2020, incluso en relación a la declaración de emergencia de salud pública de importancia internacional (EESPI) emitida por la OMS el 30 de enero, que la atención de enfermos de coronavirus se lleve a cabo en hospitales denominados centinelas.<sup>61</sup> No todos estos nosocomios atendieron inicialmente a la población.

En septiembre de 2020, la Defensoría del Pueblo en entrevistas a los directores de todos los SEDES a nivel nacional consultó cuáles fueron, específicamente, los hospitales que fueron designados como centinelas para atender casos COVID-19. Según las respuestas, en el Departamento de La Paz el Director Técnico afirmó la habilitación de estos nosocomios e indicó que de manera documentada se haría conocer la lista oficial, señalando como ejemplo el Hospital del Norte en la ciudad de El Alto.

En Oruro, la Autoridad Máxima del SEDES refirió que a nivel departamental se dispuso dos hospitales de tercer nivel (del sistema público y del seguro social a corto plazo CNS) como hospitales centinelas para atención de pacientes COVID-19; aclaró, asimismo, que ante la necesidad imperiosa de contar con salas de aislamiento se vio por conveniente que cada municipio cuente con espacios físicos considerando que un 80% de los pacientes cursarían con un estado asintomático o sintomático leve. En el municipio orureño se implementaron dos centros de aislamiento, el Centro de Atención Municipal y el CIESO.

Para el caso de Potosí, el Director Técnico identificó como cuatro hospitales centinelas en la ciudad: el Hospital Bracamonte, San Roque, San Cristóbal y Calcuta. A nivel departamental los hospitales centinelas están en Tupiza, Uyuni, Llallagua y Villazón.

En Cochabamba, el 1° de abril de 2020, fueron designados como hospitales centinelas el Hospital Solomon Klein, del Sud y el Hospital Clínico Viedma, y el Hospital del Norte a mediados de junio. Se los declaró centinelas por su capacidad resolutive analizada en el Comité Técnico de Salud del SEDES, a mediados del mes de marzo y en abril fue remitida la determinación al Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para contar con presupuesto para la compra de equipamiento e insumos de bioseguridad.

Para Chuquisaca, a un inicio el Ministerio de Salud determinó que el Hospital San Pedro Claver sea centinela COVID-19; posteriormente, y de forma escalonada, fueron designados el Hospital Santa Bárbara, el Hospital Universitario y el Hospital del Niño. El Director del SEDES aclaró que no

<sup>61</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=446950](https://www1.abi.bo/abi_/?i=446950)

todos los hospitales expuestos llegaron a ser exclusivos para la atención de casos de coronavirus, y que se optó porque todos los hospitales públicos y de seguridad social se constituyan en nosocomios mixtos, para casos COVID-19 y como hospitales verdes, decisión que se mantiene en la actualidad.

En el caso de Tarija, se informó que los hospitales designados como centinelas fueron el Hospital San Juan de Dios, el 28 de marzo 2020; Fray Quebracho de Yacuiba, el 8 de mayo 2020; San Antonio de Tarija, el 5 de agosto 2020; Virgen de Chaguaya de Bermejo en junio 2020 y el Hospital Básico de Villa Montes, del cual no se precisó la fecha.

De la solicitud de información realizada a los SEDES a nivel nacional se tiene lo siguiente:

SEDES	PREGUNTAS	RESPUESTAS
<b>LA PAZ</b>	Señale cuáles son los hospitales centinelas en el departamento y la fecha en la que cada establecimiento de salud fue puesto en funcionamiento efectivo para la atención y tratamiento de pacientes COVID-19.	El municipio inaugura el Centro de Aislamiento Municipal (CAM) en mayo y entra en funcionamiento en junio, a donde se trasladan pacientes de los 22 establecimientos de salud, (se traslada) todo paciente COVID-19. Los hospitales de primer nivel también se constituyen centros centinela de captación de pacientes sospechosos.
<b>ORURO</b>	Señale cuáles son los hospitales centinelas en el departamento y la fecha en la que cada establecimiento de salud fue puesto en funcionamiento efectivo para la atención y tratamiento de pacientes COVID-19.	Fecha de inicio de rastrillaje: 24 de julio de 2020. El municipio coordinó con la UTO, Policía, área transporte, área administrativa-financiera, área jurídica y coordinación de red urbana (establecimiento de salud) junto al SEDES.  La cantidad de rastrillajes se hizo según programa: 24, 25 26, 27 de julio, 1,2,6,7,8,9,15, 16,30,31 agosto y 5 al 30 de septiembre de 2020, con continuidad en octubre.
<b>CHUQUISACA</b>	Señale cuáles son los hospitales centinelas en el departamento y la fecha en la que cada establecimiento de salud fue puesto en funcionamiento efectivo para la atención y tratamiento de pacientes COVID-19.	De acuerdo al Informe con CITE: A.HOSP.SCH 40/2020:  <b>Municipio Sucre:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospital Santa Bárbara</li> <li>- Hospital San Pedro Claver</li> <li>- Hospital del Niño Sor Teresa Huarte</li> <li>- Hospital Poconas</li> <li>- Hospital Gineco Obstétrico</li> <li>- Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés</li> </ul> <b>Municipio de Monteagudo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospital San Antonio de Los Sauces</li> </ul> <b>Municipio de Camargo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospital San Juan de Dios</li> </ul>
<b>TARIJA</b>	Señale cuáles son los hospitales centinelas en el departamento y la fecha en la que cada establecimiento de salud fue puesto en funcionamiento efectivo para la atención y tratamiento de pacientes COVID-19.	Hospitales y fecha de inicio de funcionamiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospital San Juan de Dios de Tarija, 28 de marzo de 2020</li> <li>- Hospital Fray Quebracho de Yacuiba, 8 de mayo de 2020</li> <li>- Hospital San Antonio de Tarija, 5 de agosto de 2020</li> <li>- Hospital Virgen de Chaguaya de Bermejo, junio 2020</li> <li>- Hospital Básico de Villamontes, 20 de mayo de 2020</li> </ul>

<b>SANTA CRUZ</b>	Señale cuáles son los hospitales centinelas en el departamento y la fecha en la que cada establecimiento de salud fue puesto en funcionamiento efectivo para la atención y tratamiento de pacientes COVID-19.	Los Centros de aislamiento fueron: 1.- Red Centro: - C. S. Elvira Wenderlich, apertura el 27 de mayo de 2020 - Aislamiento Alto San Pedro, apertura el 13 de julio de 2020 - Centro de Aislamiento Fexpo Cruz, apertura el 11 de julio de 2020
		2.- Red Norte: - Hospital Pampa de la Isla, apertura el 18 de marzo de 2020 - C.S. I. Remanso, apertura el 17 de marzo de 2020 - Centro de Aislamiento Anita Medina, apertura el 15 abril de 2020 3.- Red Este: - Centro de aislamiento TATU, apertura el 17 de junio de 2020 - Centro de aislamiento San Isidro, apertura el 18 de mayo de 2020 4.- Red Sur: - C.S.I. Distrito Municipal DM-10, apertura el 8 de junio de 2020 5.- Hospitales de Tercer Nivel: - Hospital San Juan de Dios, apertura el 11 de marzo de 2020 - Hospital Universitario Japonés, apertura el 23 de marzo de 2020 - Hospital de la Mujer “Dr. Percy Boland”, apertura el 13 de marzo de 2020 - Instituto Oncológico del Oriente Boliviano, apertura el 14 de abril de 2020. - Hospital de Niños “Mario Ortiz Suárez”, apertura el 15 de marzo de 2020 6.- Provincia Obispo Santistevan (Montero): - Hospital Alfonso Gumucio Reyes, apertura el 16 de marzo de 2020 - Hospital “Dr. Oscar Urenda”, apertura el 5 de junio de 2020
<b>PANDO</b>	Señale cuáles son los hospitales centinelas en el departamento y la fecha en la que cada establecimiento de salud fue puesto en funcionamiento efectivo para la atención y tratamiento de pacientes COVID-19.	Mediante CITE: UNI-REDES-Nº 212/10/2020 la Jefe de la Unidad de Redes y Servicios del SEDES informó: 1.- En fecha 26 de marzo del 2020, se apertura el funcionamiento del Centro Centinela Perla del Acre. 2.- En fecha 18 de junio de 2020 se apertura el Hospital COVID-19 “Dr. Hernán Messuti Ribera”, mediante Resolución del COED-Pando de misma fecha. 3.- Piscina Olímpica (centro de aislamiento)

En el caso de Santa Cruz, el Director Técnico del SEDES, en entrevista, refirió que los hospitales centinelas fueron el Hospital Remanso y la Caja Nacional de Salud, que se inauguraron en el mes de abril; Caja Petrolera de Salud, en el mes de junio y Maternidad Percy Boland, en el mes de julio.

De las consultas a los nueve Gobiernos Autónomos Municipales situados en las capitales de departamento y al Gobierno Autónomo Municipal de El Alto se tiene lo siguiente:



GAM	PREGUNTAS	RESPUESTAS
<b>EL ALTO</b>	Detalle los establecimientos de salud de segundo nivel que fueron designados como hospitales centinelas y las fechas de su funcionamiento efectivo, así como la capacidad instalada en cuanto a la cantidad de camas y, si fuera el caso, la cantidad de UTI.	Se informa que ningún hospital de segundo nivel fue designado como centinela; el único que fue designado fue el Hospital del Norte que es de tercer nivel, el cual fue elegido por sus características, entre ellas contar con Unidades de Terapia Intensiva (UTI) y la infraestructura adecuada para internaciones de este tipo.
	Señale los motivos por los cuales se habría excluido a los centros de salud de primer nivel en la prevención, atención y tratamiento de pacientes con COVID-19.	Ningún centro de salud de primer nivel fue excluido de realizar prevención, atención y tratamiento de pacientes con COVID-19. Conforme señala Informe CITE: DS/UHCS/INF- 242/2020 de fecha 30 de septiembre de 2020 emitido por el Dr. Danny Daniel Vocativo Fernández, "dentro de los Primeros Niveles de atención se implementó áreas de TRIAJE, en las cuales se realizó los controles pertinentes para detectar, mediante signos y síntomas, posibles casos sospechosos de COVID-19, los cuales pasaban a un área de aislamiento para ser evaluado minuciosamente y ser remitido a un Hospital de Segundo Nivel o Tercer Nivel de atención", de acuerdo a protocolos del Servicio Departamental de Salud SEDES La Paz.
<b>SUCRE</b>	Detalle los establecimientos de salud de segundo nivel que fueron designados como hospitales centinelas y las fechas de funcionamiento efectivo, así como la capacidad instalada en cuanto a la cantidad de camas y si fuera el caso, la cantidad de UTI.	Los establecimientos de segundo nivel que se designaron para la atención COVID-19 son: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospital Lajastambo, inicio 26 de mayo de 2020; con 25 camas en medicina general para COVID-19; y 5 camas en la unidad de terapia intensiva.</li> <li>- Hospital Poconas, inicio 21 de septiembre de 2020; con 12 camas en ginecología-obstetricia para COVID-19; y 3 incubadoras en neonatología.</li> </ul>
	Señale los motivos por los cuales se habría excluido a los centros de salud de primer nivel en la prevención, atención y tratamiento de pacientes con COVID-19.	<p>Todos los centros de salud de primer nivel dependientes del Gobierno Autónomo Municipal de Sucre cumplen la tarea de prevención ante la patología COVID-19, esto se realiza a través de la información que se brinda a toda la población sobre las medidas de bioseguridad y señales de alerta sintomatológica.</p> <p>La atención de la patología COVID-19 se realiza en los centros centinelas ubicados estratégicamente en este municipio, ya que no todos los centros cuentan con la infraestructura suficiente para poder separar a los pacientes de consulta regular de los pacientes sospechosos o positivos de COVID-19.</p> <p>El tratamiento para COVID-19 se realiza en el domicilio o en internación según el cuadro de gravedad que presenta el paciente, estos centros donde se realiza el tratamiento deben de cumplir los requisitos de infraestructura para poder separar a la población general no COVID-19 de la población COVID-19, sospechosos y positivos.</p>
<b>TARIJA</b>	Detalle los establecimientos de salud de segundo nivel que fueron designados como hospitales centinelas y las fechas de funcionamiento efectivo, así como la capacidad instalada en cuanto a la cantidad de camas y si fuera el caso, la cantidad de UTI.	<p>Establecimiento de segundo nivel de atención San Antonio.</p> <p>Se inicia la actividad de asistencia en sala de internación como Centro COVID-19 el 8 de julio de 2020, con la atención de pacientes hospitalizados referidos del Hospital San Juan de Dios de Tarija.</p> <p>En fecha 5 de agosto, ante la emergencia sanitaria que vive el departamento por el COVID-19, se autoriza, oficialmente, el funcionamiento del primer hospital de segundo nivel San Antonio, con los servicios de internación, farmacia, estadística-administración y enfermería, ubicado en el barrio San Antonio en la calle Violín Chapaco, mediante Resolución Administrativa 02/20 del SEDES Tarija.</p> <p>Cuenta con profesionales designados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 Médicos SAFCI</li> <li>- 2 Médicos Internistas</li> <li>- 1 Médico cardiólogo</li> <li>- 1 Médico emergentólogo</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 11 Médicos generales</li> <li>- 9 Licenciadas en enfermería</li> <li>- 9 Auxiliares en enfermería</li> <li>- 4 Auxiliares de limpieza</li> </ul> <p><b>Total 39</b></p> <p>En cuanto a equipamiento existen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Sala mujeres con 13 camas</li> <li>- 2 Salas varones con 12 camas</li> </ul> <p><b>Total 25 camas</b></p>
	Señale los motivos por los cuales se habría excluido a los centros de salud de primer nivel en la prevención, atención y tratamiento de pacientes con COVID-19.	Como estrategia de primer nivel en la contingencia del COVID-19, el municipio de Cercado como Red de Salud implementó la vigilancia comunitaria a través de un plan de contingencia a partir de la conformación de un equipo de respuesta rápida en cada centro de salud, es decir en los 29 establecimientos de salud, así como en el área desprotegida que es el área central, medida que tiene como objetivo general la contención epidemiológica a través de la detección oportuna de casos sospechosos, en los que se toma las pruebas rápidas a través de personal de salud referencial; se hace la entrega de medicamentos en caso de diagnóstico positivo; se realizan actividades preventivas en las casas de pacientes positivos, tomando en cuenta que en esa oportunidad la cantidad de PCR eran mínimas procesadas.
<b>TRINIDAD</b>	Detalle los establecimientos de salud de segundo nivel que fueron designados como hospitales centinelas y las fechas de funcionamiento efectivo, así como la capacidad instalada en cuanto a la cantidad de camas y si fuera el caso, la cantidad de UTI.	<p>En el marco de la coordinación interinstitucional se habilitó el ex Hospital COSSMIL como Centro Centinela COVID-19, con la intervención de los tres niveles de Estado y la seguridad social a corto plazo, ya que era un establecimiento que estaba totalmente vacío y se lo equipo por completo. Cada una de las instituciones aportó con equipos, mobiliario, recursos humanos, medicamentos, reactivos, insumos de protección y servicios básicos. Este establecimiento de salud atiende pacientes con casos leves que necesitan atención médica y casos moderados no complicados.</p> <p>Para los casos moderados complicados y casos graves se habilitó el Hospital Presidente Germán Busch, que actualmente continúa atendiendo a pacientes con coronavirus. Este establecimiento se convirtió en un centro hospitalario netamente para personas con COVID-19, ya que por su capacidad resolutive de tercer nivel cuenta con los especialistas necesarios y equipamiento complejo para la resolución de esta patología. Cabe mencionar que por esta situación, también, se habilita el Centro de Salud Central con el servicio de emergencias y medicina interna para pacientes "blancos" (no infectados con coronavirus), bajo un trabajo de coordinación, ya que parte del personal del Hospital Presidente Germán Busch es trasladado a este establecimiento y otro contratado por el Gobierno Municipal de Trinidad.</p> <p>El Centro Centinela COVID-19 comenzó a funcionar el 28 de marzo de 2020, con una capacidad instalada de 43 camas. No cuenta con UTI por las características de la infraestructura y capacidad resolutive.</p>
	Señale los motivos por los cuales se habría excluido a los centros de salud de primer nivel en la prevención, atención y tratamiento de pacientes con COVID-19.	No se excluyó ningún establecimiento de salud de primer nivel municipal, los 21 centros de salud atendieron a pacientes COVID-19, y lo continúan haciendo cuando así se presenta el caso.
<b>COBIJA</b>	Detalle los establecimientos de salud de segundo nivel que fueron designados como hospitales centinela y las fechas de funcionamiento efectivo, así como la capacidad instalada en cuanto a la cantidad de camas y si fuera el caso, la cantidad de UTI.	El único establecimiento de salud de segundo nivel en el municipio de Cobija es el Hospital Roberto Galindo Terán, que por motivo de la pandemia se vio en la necesidad de abrir centros o áreas de aislamiento para internación de pacientes COVID-19, mismos que fueron abiertos en coordinación con el SEDES, donde se realiza la atención médica de los mismos.

		Los centros que se habilitaron son: Centro de Aislamiento Clínico Perla del Acre, con 26 camas disponibles. Centro de Aislamiento Piscina Olímpica, con 32 camas disponibles.
	Señale los motivos por los cuales se habría excluido a los centros de salud de primer nivel en la prevención, atención y tratamiento de pacientes con COVID-19.	Todos los centros de salud de primer nivel habilitaron consultorios COVID-19, área de triaje COVID-19, en las cuales se prioriza la atención de pacientes con coronavirus y se realiza la atención y tratamiento del virus.

Los casos que, paulatinamente, se fueron presentando durante la primera parte de la cuarentena rígida fueron atendidos de manera progresiva y conforme a protocolos y guías de atención de COVID-19 emitidas, particularmente, desde el nivel central del Estado, como por ejemplo en la ciudad de La Paz: *"(...) El Hospital Municipal La Portada será el primer centro centinela para la atención del Coronavirus, informó el alcalde. Eso significa, dijo, que los casos con síntomas leves se atenderán en centros de salud barriales. Los casos con síntomas moderados, se atenderán en La Portada y los casos graves se remitirán al tercer nivel de atención de salud, definidos por el Servicio Departamental de Salud (SEDES)"; "(...) Los hospitales de segundo nivel Los Pinos, Cotahuma y La Merced también estarán preparados si fuera necesario para atender a personas que presenten síntomas sobre la enfermedad"; "(...) Los leves van a ser atendidos en los centros de salud, se está haciendo un triaje (clasificación de pacientes por urgencia) ya dentro de los centros de salud para que estos médicos sean quienes tengan que derivar los pacientes a los diferentes niveles. Los 67 centros de salud de primer nivel del municipio están en la capacidad para resolver esta patología y también para hacer el trabajo del triaje para derivar a los pacientes"; dijo la secretaria municipal de Salud, además mencionó que se emitieron cheques para que realicen las respectivas compras de insumos médicos y de bioseguridad".*<sup>62</sup>

Situación similar sucedió a nivel nacional a momento de plantear la organización en la atención en el sistema público de salud de segundo y tercer nivel; en Tarija, por ejemplo, el Servicio Departamental de Salud dispuso tres lugares para aislar a los posibles pacientes con coronavirus. La medida se aplica por la expansión de esta enfermedad, más cuando se confirmó el primer caso positivo en Brasil, el primero de Latinoamérica. El plan de contingencia en Tarija implica derivar el caso sospechoso a la sala de infectología del Hospital Regional San Juan de Dios de Tarija (HRSJD), al Hospital San Antonio o al Albergue Municipal.<sup>63</sup>

Cochabamba de igual manera habilitó otras instalaciones hospitalarias para la atención: *"(...) Ante la llegada del Coronavirus a Bolivia se ha tomado la previsión de atender y aislar a los pacientes que den positivo en los exámenes de Coronavirus, y se definieron hospitales específicos, como el Viedma, dijo Leyes en breve resumen acerca de las determinaciones adoptadas en la reunión efectuada con la ex presidenta del Estado, Jeanine Añez, en La Paz. El alcalde de Cochabamba ofreció las instalaciones de los hospitales municipales del Norte y del Sur, como nosocomios en los cuales se puedan internar pacientes a fin de hacer frente al Coronavirus, declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS)".*<sup>64</sup>

<sup>62</sup> <https://brujuladigital.net/reportajes/el-hospital-municipal-la-portada-sera-el-primer-centro-centinela-de-la-paz-contra-el-Coronavirus>

<sup>63</sup> [https://elpais.bo/tarija/20200227\\_sedes-dispone-3-lugares-para-posibles-casos-de-Coronavirus-en-tarija.html](https://elpais.bo/tarija/20200227_sedes-dispone-3-lugares-para-posibles-casos-de-Coronavirus-en-tarija.html)

<sup>64</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/3/12/cochabamba-definen-al-viedma-como-hospital-de-referencia-para-el-COVID-19-19-249388.html>

En el transcurso de la cuarentena y conforme los casos COVID-19 se incrementaban, la capacidad hospitalaria en el subsector público fue rebasada como se pudo verificar por la información estadística publicada a diario por el Ministerio de Salud; ésta fue en escalada en su capacidad de atención (falta de recursos humanos) y en su capacidad instalada, así lo reflejó la prensa: *"(...) El abarrotamiento de enfermos en los hospitales y hasta su colapso y cierre persisten hoy en Bolivia, fecha hasta la cual el país acumuló 50.867 infectados y 1.898 muertos por la pandemia de COVID-19. Entre los centros asistenciales con sobrecarga figura el capitalino hospital del Norte, ente de referencia de La Paz para casos de COVID-19, por la inhabilitación de entidades, como el complejo de Miraflores, explicó el director municipal de Salud de El Alto"*.<sup>65</sup> El mes de junio, cuando ya se había dispuesto desde el nivel central del Estado la modalidad dinámica de la cuarentena, internacionalmente se reflejan: *"(...) La pandemia golpea con fuerza en Bolivia, que se acerca a los 20 mil infectados de coronavirus. Según se conoció en las últimas horas, al menos seis personas fallecieron en las calles sin posibilidad de asistencia médica. Estaban en puertas de hospitales o en plena vía pública"*.<sup>66</sup>

En algunas localidades y departamentos, como en el Beni, la situación fue tan alarmante y poco precavida por las autoridades que se arrojaron para sí la Rectoría del Sistema Nacional de Salud, el Gobernador de la región beniana tuvo que declarar desastre sanitario departamental y la propia Presidenta del Colegio de Médicos, en ese distrito, señaló: *"(...) la situación es crítica: No sólo dos personas murieron en sus domicilios, tenemos varios casos porque los hospitales no dan abasto. Llegan en condición de (requerir un) ventilador para terapia intensiva y no hay espacio", lamentó. (...) Los hospitales rebasaron su capacidad, todo está colapsado. Necesitamos insumos de bioseguridad, medicamentos y más especialistas"*.<sup>67</sup> Por su parte, el Director del Hospital Centinela del Beni informó a la población que este nosocomio tenía 40 camas para casos moderados y graves, que todo estaba ocupado y ya no se podía recibir a más pacientes. *"(...) Hay muchos más casos. Trinidad está llena de coronavirus"*, manifestó.<sup>68</sup> En Pando se reflejaba la misma situación de colapso hacia el 20 de junio de 2020. *"(...) El Director del Hospital Roberto Galindo informó a los medios que el nosocomio colapsó y que el área de aislamiento del centro centinela Perla del Acre también estaba lleno, por lo que era hora de habilitar el tercer nivel"*.<sup>69</sup> Pero este panorama no se presentó, únicamente, en las capitales de departamento, por ejemplo, en Yapacaní la situación no era alentadora y permitía a la prensa referir: *"(...) Colapsado, así se encuentra el principal centro de salud de Yapacaní por los casos de coronavirus, que hasta el momento cobraron la vida de seis personas. Hasta el 30 de mayo el municipio reportó 33 casos positivos. (...) El hospital de segundo nivel ha colapsado con pacientes sospechosos de COVID-19, tengo la sala totalmente repleta, ya no sé dónde más voy a meter a los pacientes", exclamó el Responsable de Emergencias del hospital comunitario de este municipio, en un video que se hizo viral en las redes sociales"*.<sup>70</sup> El subdirector del Hospital Viedma, en Cochabamba, aseguró que se encontraban al 100% de su capacidad máxima, las cuatro camas de terapia intensiva que tienen están ocupadas, solo les queda una que guardan para aquellos que están

<sup>65</sup> <https://www.prensa-latina.cu/index.php?o=rn&id=382040&SEO=persiste-colapso-y-crisis-sanitaria-en-hospitales-de-bolivia>

<sup>66</sup> [https://www.clarin.com/mundo/Coronavirus-bolivia-sistema-salud-colapso-infectados-mueren-calle\\_0\\_8ySUymhXo.html](https://www.clarin.com/mundo/Coronavirus-bolivia-sistema-salud-colapso-infectados-mueren-calle_0_8ySUymhXo.html)

<sup>67</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/5/22/desastre-en-beni-mueren-en-las-casas-colapsan-hospitales-renuncian-medicos-256226.html#!>

<sup>68</sup> Íbidem.

<sup>69</sup> <https://www.la-razon.com/sociedad/2020/06/20/colapsa-y-falta-oxigeno-en-el-hospital-roberto-galindo-de-pando/>

<sup>70</sup> [https://elpotosi.net/nacional/20200530\\_hospital-de-yapacani-colapsa-hay-33-casos-positivos-por-coronavirus-y-seis-fallecidos.html](https://elpotosi.net/nacional/20200530_hospital-de-yapacani-colapsa-hay-33-casos-positivos-por-coronavirus-y-seis-fallecidos.html)

internados en caso de que requieran entubación de emergencia. Por otro lado, aseguró que la saturación de las camas en los demás centros recae sobre ellos, lo que genera un desbalance en la atención. *"(...) A veces, tenemos que atender de urgencia a personas que tienen seguro porque los demás hospitales están rebasados";* contó; *(...) La realidad en el Hospital del Sur es bastante similar, camas ocupadas, personal disminuido y con un ritmo de contagios que no baja. (...) Desde que comenzó la cuarentena dinámica, el flujo de pacientes aumentó más. De uno que venía, ahora llegan 10. Antes, venían con sintomatología leve; a la fecha, casi el total llega con dificultad respiratoria marcada";* relató el director del este nosocomio. *Las seis camas de terapia intensiva disponibles en el lugar están llenas. Al igual que en el Viedma, guardan una de emergencia para los pacientes internados que se fueran a descompensar. Explicó que hasta mayo atendían otras especialidades más, pero las últimas semanas los casos subieron rápidamente y tuvieron que enfocarse solo en COVID-19.*<sup>71</sup> De manera general este panorama se reflejaba en todo el territorio nacional: *"(...) en Oruro, hay dos hospitales públicos de tercer nivel: el San Juan de Dios y el Oruro-Corea. El primero tiene más de 200 camas totalmente ocupadas y el segundo está al límite de su capacidad. En Santa Cruz, los hospitales de tercer nivel Boliviano Japonés, el San Juan de Dios, el Hospital de Niños Mario Ortis y la maternidad Percy Boland están al límite de su capacidad y hay más de 100 miembros del personal de salud con Coronavirus y un número similar con aislamiento por sospecha, además de 10 fallecidos, indicó el Colegio Médico de esa región".*<sup>72</sup>

La definición en cuanto a la atención COVID-19 en centros de salud centinelas que pudo ser, parcialmente, sostenida por algunos niveles autonómicos y por el propio nivel central del Estado durante la primera etapa de la cuarentena rígida, fue cambiando en tanto los contagios se fueron incrementando; de esta manera se verificó, por medios de prensa, que el propio personal médico y sus representantes referían y anunciaban la imposibilidad de proseguir atendiendo: *"(...) Según dirigentes médicos y de trabajadores de salud, al menos 20 de los 34 hospitales de tercer nivel del país colapsaron, algunos incluso cerraron sus puertas a la atención externa debido al contagio de Coronavirus de hasta la mitad del personal médico, la falta de insumos de bioseguridad y falta de equipamiento, entre otras razones".* *(...) Los hospitales para COVID-19 que se implementaron por departamento están distribuidos de la siguiente manera: Pando (1), Chuquisaca (3), Beni (7), Cochabamba (3), La Paz (2), Tarija (4), Oruro (1), Potosí (1) y Santa Cruz (2). "Hubo un error de planificación: el Gobierno pensó que sólo los hospitales COVID-19 iban a atender a los pacientes, pero eso no fue así; éstos fueron rebasados y a la población no le quedó otra que ir a los otros hospitales, como por ejemplo el Hospital de la Mujer, de La Paz, que llegan mujeres embarazadas con Coronavirus, y llamas a los hospitales centinelas y no hay camas";* dijo el ejecutivo del Sindicato de Ramas Médicas de Salud (SIRMES).<sup>73</sup>

Esta apreciación de los dirigentes de SIRMES coincide con los parámetros recomendados por la OMS respecto a la cantidad de centros de salud a nivel nacional, toda vez que del estudio realizado por el Sistema Nacional de Información en Salud - Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE), dependiente del Ministerio de Salud, y recogido por la prensa, existen sólo 34 hospitales públicos en Bolivia cuando deberían ser 149. Muchos no cumplen las condiciones para ser

<sup>71</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/cochabamba/hospitales-COVID-19-19-colapsan-personal-medico-diezmodo-exigen-centros-aislamiento/20200615001830772792.html>

<sup>72</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20200630/20-34-hospitales-tercer-nivel-estran-colapsados-personal>

<sup>73</sup> <https://www.nodal.am/2020/06/bolivia-medicos-alertan-que-al-menos-20-de-34-hospitales-estran-colapsados-y-sin-personal/>

catalogados como de tercer nivel. (...) *La OMS sugiere construir un hospital de tercer nivel por cada 75.000 habitantes, pero esas recomendaciones están alejadas de nuestra realidad. Solo el departamento de Chuquisaca estaría cumpliendo los parámetros de la Organización Mundial de la Salud, con ocho hospitales de tercer nivel, según los datos publicados en la página web del Sistema Nacional de Información en Salud-Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) dependiente del Ministerio de Salud,*<sup>74</sup> entonces, para cumplir la recomendación, *“el Gobierno Central debería empezar a planificar la construcción de 115 nuevos hospitales de tercer nivel en los diferentes departamentos”*.<sup>75</sup>

Según el ranking elaborado por el Deep Knowledge Group, que compara la respuesta de 200 países a la pandemia, Bolivia es el segundo país más inseguro en la lucha contra la COVID-19, sólo superado por Venezuela, que se encuentra en una situación peor. El informe se basa en 130 parámetros cuantitativos y cualitativos y más de 11.400 datos de categorías como eficacia de la cuarentena, monitoreo y detección, preparación del sistema de salud y eficiencia del Gobierno.<sup>76</sup>

Cabe notar, entonces, que durante el periodo de la cuarentena tanto rígida como flexible, respecto al tema de acceso a la salud para personas afectadas por COVID-19, las autoridades nacionales, departamentales y municipales en general, de acuerdo a la información recabada de la prensa, únicamente se circunscribieron a habilitar determinados hospitales de segundo y tercer nivel para atención COVID-19, por lo que no existe información que refleje la participación de los establecimientos de salud de primer nivel en la lucha contra la pandemia, excepto lo manifestado por autoridades del Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. Esta decisión denotó la estrategia a seguir para la intervención de los centros de salud que obedecía a la gravedad del paciente, la misma que generó la sobredemanda de camas para internación y colapsó el sistema de salud público. Este mecanismo de definición en la atención de casos COVID-19 develó la escasa cantidad de equipamiento e infraestructura que se había previsto para la atención de pacientes con coronavirus que, evidentemente, incide en la restricción al acceso de la población a centros de salud, lo cual refuerza la idea de la necesidad de aperturar los centros de salud de primer nivel para la atención de pacientes leves COVID-19. La prensa, en ocasión del caso emblemático de negligencia en la atención oportuna del paciente “S” contagiado de COVID-19, refleja la situación al señalar: (...) *de acuerdo a protocolos, la atención de pacientes con COVID-19 se ha dividido en tres fases. Los enfermos leves son tratados en casa; los moderados deben ingresar a hospitales de segundo nivel, como el Hospital La Portada; los graves deben ser conducidos a centros de tercer nivel, en este caso el Hospital del Norte, en El Alto.*<sup>77</sup>

En cuanto a la situación de la seguridad social a corto plazo por ejemplo, por notas de prensa se conoció que el Hospital Obrero de la Paz, una virtual reliquia asistencial de esta ciudad, se sumó a los centros asistenciales colapsados por el exceso de enfermos de COVID-19. Fundado el 31 de octubre de 1955 y excluido de la atención a víctimas de la pandemia declarada en marzo, la dirección y el personal especializado decidieron el cierre del hospital antes de superar los 80 contagiados con el virus. A decir de su Director, carecería de capacidad, y hasta el mes

<sup>74</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/5/2/bolivia-precisa-115-hospitales-mas-para-cumplir-parametros-de-oms-254328.html>

<sup>75</sup> Ídem.

<sup>76</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20200611/bolivia-supera-15-mil-casos-3-meses-pandemia-COVID-19>

<sup>77</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/pais/medico-10-errores-marcaron-muerte-ejecutivo-axs-COVID-19-19/20200402005418759733.html>



de julio estuvo colapsada todo el área para atención de pacientes con el virus Sars-Cov-2, pese a que este no es un centro COVID-19: *"(...) Muchas personas se internaron por este mal en este centro hospitalario aunque no teníamos que atender la pandemia, pero el espacio que se habilitó está lleno, ya no recibiremos más pacientes"*.<sup>78</sup>

En este mismo marco, a través de una inspección interinstitucional al Hospital Obrero N° 2 de la Caja Nacional de Salud (CNS) en Cochabamba, se evidenció la crítica situación que atraviesa el centro. En tanto, en el servicio para detección del virus, la fila de asegurados para la prueba de COVID-19 es interminable, el referido nosocomio fue rebasado con pacientes infectados y sospechosos de coronavirus. Hay varios asegurados que, incluso, reciben atención en sillas y se recuestan para recibir oxígeno ante la falta de espacio. (...) *El Secretario Ejecutivo del Sindicato de Ramas Médicas de Salud Pública (SIRMES), remarcó que la capacidad del Hospital Obrero fue sobrepasada, porque a diario se atienden más de 100 pacientes sospechosos de portar el virus y añadió que los resultados de las pruebas se entregan hasta en 25 días. En un recorrido por instalaciones del hospital se constató que las cinco áreas que se implementaron para atender a casos de Coronavirus están saturadas y que los asegurados aguardan con desesperación que el personal de salud les llame el número de su ficha.*<sup>79</sup>

Un ejemplo real y palpable a diario, fue la Caja Nacional de Salud que, tanto en su oficina central como en sus regionales, fue objeto de reclamos y denuncias por la inoportuna, o en su caso, poco diligente atención a sus asegurados portadores de COVID-19; en este marco, se tiene la situación de trabajadores de limpieza asegurados a ese ente gestor de salud que infectados por la COVID-19 no fueron atendidos de manera oportuna: *"(...) Trabajadores de la empresa de aseo urbano Trébol, que opera en la ciudad de El Alto, denuncian que la Caja Nacional de Salud (CNS) no presta atención médica a quienes están contagiados con COVID-19 y afrontan la enfermedad desde sus casas y poniendo en riesgo a su entorno familiar, dijo la presidenta del sindicato de trabajadores. A raíz de la negativa de la Caja Nacional de Salud, de prestar atención a los trabajadores del aseo, solicitaron a la empresa la contratación de personal médico que pueda prestar servicio para evitar la propagación del virus"*<sup>80</sup>. Las autoridades de la Caja Nacional de Salud admitieron que existe colapso y que todo esfuerzo ha sido insuficiente ante la explosión de casos.

Las cajas médicas del Sistema de Seguridad Social manifestaron, públicamente, la imposibilidad de proseguir la atención en las circunstancias en las que se encontraban y las condiciones que contaban; refirieron la necesidad de un mayor equipamiento y de mejor calidad; incluso infraestructura; unidades de terapia intensiva y otros. La situación y condiciones en que se encontraban para enfrentar la pandemia generada por la COVID-19, reveló la forma de administración y manejo de recursos por parte de las administraciones de estos entes gestores de salud, que inciden claramente en una limitación en cuanto al acceso a la salud de la población y de sus afiliados; esta aseveración encuentra su referente en reportes de prensa que describen lo siguiente: *(...) Las Cajas de salud en Sucre habilitaron*

<sup>78</sup> <https://www.prensa-latina.cu/index.php?o=rn&id=382040&SEO=persiste-colapso-y-crisis-sanitaria-en-hospitales-de-bo-livia>

<sup>79</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/cochabamba/20200626/hospital-obrero-esta-rebasado-atiende-pacientes-sillas>

<sup>80</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/pais/30-trabajadores-aseo-alto-batallan-COVID-19-19-cns-atiende/20200804183927780948.html>

centros centinela para pacientes COVID-19, con camas de internación, pero no cuentan con terapia intensiva y sus pacientes son remitidos a hospitales con los que tienen convenios y que ahora están colapsados. Esta situación motivó críticas, sobre todo, en los últimos días, por el colapso de los nosocomios. En concreto, se cuestionó la falta de previsión de las Cajas de Salud, que en tiempo de pandemia no pueden ofrecer un servicio completo a sus afiliados”.<sup>81</sup> Evidentemente, el caso de la Caja Nacional de Salud es el más emblemático a nivel nacional, pero no se puede dejar de lado ni dejar de mencionar que otros entes gestores, como la Caja Petrolera de Salud, también llegaron a niveles insospechados de colapso en la atención por COVID-19: “(...) Preciso (La administradora de la Caja Petrolera de Salud en Santa Cruz) que, estadísticamente, hay 360 pacientes positivos internados, 210 en visita y asilamiento domiciliario y 110 enfermos hospitalizados. Estamos con el número lleno. Estamos ofreciendo 50 pruebas y vamos a instalar un triple turno si es necesario para triplicar las pruebas”, anticipó. Ante este colapso en la CPS, se prevé en los próximos 15 días se habilitará un centro de aislamiento con 30 camas de internación en su primera fase y luego se incrementarán otras 30.<sup>82</sup> En este marco resulta importante mencionar que el director de la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social a Corto Plazo (ASUSS), indicó que la mayoría de los seguros no presupuestaron fondos suficientes para encarar la lucha contra el coronavirus, por lo que realizan ajustes para ampliar las áreas para COVID-19 y concretar convenios con clínicas privadas.<sup>83</sup>

El Director de la Autoridad de Seguridad Social de Corto Plazo aclaró que el 72% de las consultas para COVID-19 en La Paz fueron realizadas por el seguro social. (...) En la ciudad de La Paz, hasta el 11 de julio, se vieron 5.704 pacientes (tanto del seguro social como del público). La CNS atendió 2.457 pacientes; la Caja Petrolera, 448 pacientes; COSSMIL, 356; el seguro de la Banca, 321; la Caja CORDES, 157; el Seguro Universitario, 91; y Banca estatal, 220. Entre todos suman 4.112 pacientes que son de aislamiento domiciliario, de aislamiento en centro COVID-19, hospitalización y UTI. Esos estaban disponibles. “Si se compara, es imposible que el (sistema) público tenga 63 camas, no las tiene; y la seguridad social está cumpliendo”, afirmó. Sin embargo, reconoció que es cierto que los nosocomios están siendo rebasados. “La CNS habilitó el hospital Santiago Segundo con casi 200 camas y ahora todas están ocupadas junto con las UTI. Por ello se habilitaron otras 50 camas del Hospital Luis Uría y también está atendiendo el Hospital Obrero”, declaró. Dijo además que la seguridad social “tiene la obligación” de alquilar ya sea una clínica u hospital. Agregó que ahora están en procesos administrativos para garantizar el servicio que significa que el 72% fue visto en la seguridad social”, explicó. El director de la ASSUS dijo que la seguridad social contaba con 630 camas habilitadas y hasta el pasado sábado se ocuparon 450, todavía disponían de 180 camas. En la UTI había 63 camas; de este número 48 estaban ocupadas y 15.<sup>84</sup>

La aparente desorganización por parte del subsector de la seguridad social a corto plazo, emergente de la falta de previsión ante un incremento previsible de casos positivos de

<sup>81</sup> [https://correodelsur.com/local/20200726\\_con-el-sistema-colapsado-las-cajas-de-salud-gestionan-un-centro-de-terapia-intensiva.html](https://correodelsur.com/local/20200726_con-el-sistema-colapsado-las-cajas-de-salud-gestionan-un-centro-de-terapia-intensiva.html)

<sup>82</sup> <https://www.la-razon.com/sociedad/2020/06/11/caja-petrolera-de-salud-colapsa-con-pacientes-COVID-19-19-hubo-siete-decesos-en-menos-de-24-horas/>

<sup>83</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/cochabamba/20200716/hospitales-seguridad-social-invierten-poco-pese-pandemia>

<sup>84</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/7/15/ante-el-colapso-de-la-caja-la-gente-esta-librada-su-suerte-261384.html#!>

asegurados y de personal dependiente, a la que se suma la omisión en la previsión presupuestaria de fondos suficientes para la lucha contra el coronavirus, además de las precarias condiciones físicas para garantizar la atención con calidad, son aspectos que pusieron en riesgo los derechos fundamentales a la salud y vida.

Al respecto, la Defensoría del Pueblo solicitó información a la ASUSS sobre las acciones de seguimiento que realizó sobre las adecuaciones y los ajustes presupuestarios para la atención oportuna por parte de las cajas de salud de la seguridad social a corto plazo a nivel nacional, en el marco de la atención a la emergencia sanitaria por la COVID-19; sobre la forma de regulación de prevención, atención y tratamiento de la COVID-19 dentro del Sistema de Seguridad a Corto Plazo; y en relación a las acciones de seguimiento y control adoptadas ante el evidente colapso en la atención y tratamiento de pacientes COVID-19 asegurados. En respuesta, mediante Nota Ext/ASUSS/DGE/DTFYCSS N° 0120/2020 ASUSS/2020-05659, el Director Ejecutivo de la Autoridad de Supervisión señaló que en las Administraciones Regionales y Distritales de los Entes Gestores de la Seguridad Social a Corto Plazo han realizado los ajustes presupuestarios necesarios, ajustados a cada Plan de Contingencia Institucional para responder a la demanda de servicios de salud; indicó a su vez, que la regulación se ha efectuado en el marco del Decreto Supremo N° 356, mediante instructivos a las oficinas regionales y departamentales de la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social a Corto Plazo y Entes Gestores de Salud.

A este desconcierto en la atención de enfermos COVID-19 en hospitales centinelas y en hospitales COVID-19 de la seguridad social a corto plazo, se sumó la falta de atención a personas que acudían a otros nosocomios por dolencias y afecciones diversas y diferentes al coronavirus, quienes se vieron de igual modo afectadas en el acceso, debido a que autoridades a cargo de diferentes hospitales decidieron el cierre y la suspensión de la atención en consulta externa y diferentes especialidades. Se pudo recabar el siguiente detalle publicado el 30 de junio de 2020:<sup>85</sup>

- El Hospital Viedma, en Cochabamba, determinó cerrar sus puertas porque al menos 90 trabajadores tuvieron contacto con pacientes positivos que fueron atendidos en salas comunes al dar inicialmente negativo.
- El Hospital del Tórax, en La Paz, definió cerrar sus puertas hasta que existan condiciones necesarias de bioseguridad, tras la confirmación de ocho casos, siete médicos y una enfermera, que dieron positivo.
- El Hospital Boliviano Holandés, en El Alto, suspendió las consultas externas luego de confirmarse 36 contagios en el personal sanitario.
- El Hospital de Clínicas, en La Paz, informó que debido “al incremento de personas infectadas” se suspenden las “consultas ambulatorias” hasta nuevo aviso.
- El Hospital del Niño, de La Paz, también suspendió las consultas externas y reforzó el área de Emergencias para “precautelar la seguridad” de los pacientes y del personal sanitario. *“El Hospital Dr. Ovidio Aliaga Uría comunica a toda la población que se suspende la consulta externa a partir del día jueves 25 de junio (...). Todas las consultas programadas se suspenden hasta nuevo aviso. Asimismo, se refuerza el servicio de emergencias las 24 horas y las consultas*

<sup>85</sup> <https://www.nodal.am/2020/06/bolivia-medicos-alertan-que-al-menos-20-de-34-hospitales-están-colapsados-y-sin-personal/>



*virtuales a través de nuestras redes sociales”.*<sup>86</sup>

Existe preocupación al respecto, además por los pacientes de patologías distintas a la COVID-19, quienes se ven afectados con estas decisiones de suspensión de atención; por ejemplo en Tarija los representantes de pacientes renales refieren: *“(...) las autoridades departamentales y municipales, estarían priorizando la atención a las personas contagiadas con COVID-19 y por esta razón, están dejando de lado a los enfermos renales. Lamentablemente las autoridades no están tomando cartas en el asunto, ya que tenemos un compañero que desde hace una semana que no se sometió a las diálisis y esto sería preocupante, pues un enfermo renal no puede vivir sin este tratamiento”*.<sup>87</sup> Los enfermos de cáncer de igual manera refieren su preocupación ante la suspensión parcial de actividades del oncológico: *“(...) Este sistema público de oncología también recibe a enfermos de otros departamentos y provincias de La Paz, los que logran llegar se ven perjudicados por la mínima atención que reciben y el alojamiento que deben pagar mientras dure su estadía en la ciudad. Muchos regresan a sus regiones sin atención y otros se encuentran en lista de espera. A esto se suma que el albergue de la Asociación de Pacientes con Cáncer de El Alto cerró sus puertas para evitar el contagio entre los internos. Ahora solamente están atendiendo a cinco pacientes de emergencia para evitar la aglomeración y tienen que llevar su examen de coronavirus para (acceder a este servicio)”, ¿Quiénes explicaron? explicaron además que los enfermos con cáncer también necesitan ser atendidos en otras especialidades. ¿Quiénes lamentaron? el cierre de los hospitales del Tórax y de Clínicas, que forman parte del complejo de Miraflores en La Paz. “(...) Mucha gente no está trabajando. Algunas personas vienen de lugares alejados y terminaron su platita pagando el alojamiento porque el albergue que tenemos en El Alto no está (se encuentra cerrado)”; hasta la fecha dos enfermos con cáncer dieron positivo al coronavirus, uno de ellos, de la tercera edad, ya venció al virus y el otro permanece en aislamiento en su domicilio y recibe tratamiento médico. Aclararon que no hay casos de coronavirus en la Unidad de Oncología. Desde el comienzo de la cuarentena en La Paz hasta la fecha (11 de julio de 2020), al menos 30 enfermos con cáncer perdieron la vida. “Muchos murieron por la falta de atención debido a la crisis y otros porque la enfermedad ya estaba avanzada, pero tal vez se hubiera controlado mejor. Por ejemplo: había una jovencita de Oruro que murió esperando su tratamiento de radioterapia y mucha gente fallece así, esperando sus tratamientos”, lamentaron, “si antes era tan difícil para los pacientes ahora está mucho peor (...)”*.<sup>88</sup>

La suspensión de consulta externa se amplió a nivel nacional como se puede evidenciar en las notas de prensa que reflejan, por ejemplo, que el Hospital Jaime Mendoza en Chuquisaca: *(...) Ante el registro de cuatro casos positivos de coronavirus en el personal de salud y administrativo, el hospital Jaime Mendoza se determinó suspender las consultas externas para los afiliados, sin embargo, el servicio de Emergencias atenderá con normalidad. “(...) Se ha determinado suspender entre hoy y mañana la consulta externa porque hay varios casos positivos entre nuestro personal y se está haciendo el trabajo de desinfección de todos los ambientes, esto por el pedido también del personal”, confirmó a Correo del Sur Digital el Director del Hospital Jaime Mendoza. Este cierre de los*

<sup>86</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/6/25/hospital-del-nino-suspende-consultas-externas-desde-este-jueves-259411.html>

<sup>87</sup> <https://www.elperiodico-digital.com/2020/08/26/pacientes-renales-piden-a-las-autoridades-que-no-descuiden-la-atencion-de-otras-enfermedades-por-el-COVID-19/>

<sup>88</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/7/11/COVID-19-golpea-pacientes-con-cancer-suspenden-tratamientos-albergue-261029.html>

*referidos hospitalares (entre otros) provocó que pacientes con otras patologías no COVID-19 no puedan acceder a la atención de salud oportuna, puesto que el servicio de consulta externa para la atención de especialidades fue interrumpido, previsión que no ha sido aparentemente considerada en perjuicio de la población aportante no exenta de padecer otras enfermedades que requieren atención permanente e inmediata poniendo en riesgo la salud y vida<sup>89</sup>.*

En este marco, la Defensoría del Pueblo, en septiembre de la presente gestión, de igual modo a través de entrevistas a directores de nosocomios públicos y de la seguridad social “verdes” o de atención de otras patologías que no sean COVID-19, consultó sobre los servicios de consulta externa, particularmente, si ésta se suspendió, en qué periodo, los motivos y cuáles servicios, a cuyo efecto se obtuvo las siguientes respuestas:

En el Hospital Municipal Modelo Corea de la ciudad de El Alto, su Directora manifestó que la consulta externa se suspendió, completamente, desde abril aunque se encontraba funcionando desde el 21 de septiembre de 2020. Los motivos para la suspensión fueron porque todos quienes atendían los servicios de consulta externa se contagiaron y solo se atendió emergencias hasta determinado momento. En Oruro, las autoridades del Centro de Salud María Auxiliadora indicaron que se redujo la atención y que no se suspendió; de 24 pacientes que se atendía se redujo a seis por la falta de recurso humano que se encontraba contagiado; a partir de julio, dijo, la atención fue normal y se redujo a ginecológica, niño sano, medicina general y se suspendió la atención de odontología. En el Hospital San Roque de Potosí, según se manifestó, la suspensión de la atención externa ocurría cuando se realizaba la desinfección y limpieza del nosocomio; la desinfección desde marzo hasta julio duraba de uno a dos días, desde agosto se suspenden todas las consultas externas por ocho horas.

En Cochabamba la situación se reflejó, por ejemplo, en el Centro de Salud Quintanilla donde ningún servicio de consulta externa fue suspendido, excepto el de odontología de manera parcial; en el Centro Integral de Medicina Familiar Manuel Ascencio Villarroel (CIMFA) de la Caja Nacional de Salud, se aclaró que no se suspendieron los servicios de consultas externas, pero se restringieron por temor a la propagación de contagios a los asegurados que acudían con otras patologías, aunque se reforzó el área de emergencias para la atención de pacientes que tenían que recoger su medicación; en el caso del Policlínico de Atención Integral en Salud de Especialidades (PAISE) de la CNS, sus autoridades refirieron que no se suspendió el servicio de consulta externa, pero se priorizó, durante las cuarentenas rígidas, el área de emergencias y que se suspendió el servicio de neumología por cuestión de la pandemia; de igual modo, en el Hospital Materno Infantil Germán Urquidí se aclaró que ningún servicio de consulta externa fue suspendido, aunque se redujo la afluencia de pacientes; en el Policlínico de la Caja Petrolera de Salud se informó que no se suspendió ningún servicio de consulta externa, que por el tiempo de la cuarentena se rigieron a los horarios y normas establecidas por el GAM de Cochabamba.

En Tarija, en el Hospital Obrero N° 7 no se suspendió la consulta externa, y en el Hospital Regional San Juan de Dios todos los servicios de consulta externa se suspendieron con excepción del de

<sup>89</sup> [https://correodelsur.com/local/20200706\\_el-hospital-jaime-mendoza-suspende-consultas-externas-por-casos-de-covid-19.html](https://correodelsur.com/local/20200706_el-hospital-jaime-mendoza-suspende-consultas-externas-por-casos-de-covid-19.html)

emergencias y de pacientes crónicos. En el departamento de Santa Cruz, en el Hospital Francies, de segundo nivel, se habrían suspendido todos los servicios de consulta externa y solo se atendió emergencias y en dos semanas (a partir de la fecha de la entrevista) se tenía previsto empezar atender consulta externa con las medidas de bioseguridad.

En el Centro de Salud Central del Beni se suspendió la atención en medicina interna y ginecología – ecografía debido al movimiento de personal, lo cual se subsanó un mes antes, aproximadamente; en el caso del departamento de Pando, el Director del Hospital Roberto Galindo Terán señaló que se suspendieron todos los servicios de consulta externa, y que solo se atendía emergencias, y en el caso del Hospital Obrero N° 9 de la Caja Nacional de Salud Regional de Pando, su Director afirmó que se optó por tener médicos al llamado y por ende no se tuvo atención de la consulta externa de especialidades, pero sí emergencias 24 horas en todas las especialidades que el hospital atiende.

Respecto a los hospitales de la seguridad social y públicos centinelas, en el marco del derecho al acceso a la salud se consultó, específicamente, sobre: la capacidad en cuanto a cantidad de camas y unidades de terapia intensiva; la fecha en la cual el hospital habría rebasado su capacidad en cuanto a la cantidad de camas y UTI dispuestas para atención de pacientes COVID-19; la cantidad de personas que no accedieron a una atención de salud por el colapso del hospital y el período en el que el servicio de consulta externa había sido suspendido y los motivos. Se tuvo el siguiente detalle de respuestas:

En La Paz, en el Hospital Luis Urúa de la Oliva dependiente de la Caja Nacional de Salud, en la sala de neumología, al inicio, se contaba con seis camas para la internación de pacientes con COVID-19; en medicina anexo trabajaron con ocho camas para varones y ocho para mujeres, en total 16 camas; el Hospital no cuenta con UTI; entre abril y mayo este nosocomio se había convertido en hospital COVID-19; a partir de ese momento se llegó a copar el servicio de neumología que alcanzó a 27 camas todas ocupadas; sobre la cantidad de asegurados no atendidos, el Director indicó no contar con ese dato a mano, aunque dijo que toda persona recibió atención de acuerdo a los tiempos definidos ante la cantidad de gente que acudió a ese centro; la consulta externa se suspendió desde que el hospital comenzó a tratar y atender COVID-19. En el Hospital Municipal Cotahuma, el panorama, de acuerdo a su Director, refleja que la unidad de terapia intensiva de inicio contaba con cinco unidades que se ampliaron a 14 hasta más o menos mediados de julio; asimismo manifestó que las unidades de terapia intensiva se llenaron hasta el 20 de julio suspendiendo la atención hasta la primera semana de agosto. Informó, además, que por lo menos tenían una cantidad de tres a cuatro pacientes por día que no podían ser atendidos por falta de espacio; aclaró que desde el 28 de junio suspendieron consulta externa hasta la fecha, suspensión prevista hasta fin de año.

El Director del Hospital General Bloque Oruro-Corea señaló que se habían implementado 15 camas en el área UTI-COVID-19; que, aproximadamente en el mes de julio se tuvo que recurrir a las nueve camas de emergencias y en ese periodo se habría rebasado la capacidad, pero no se rechazó a ningún paciente y todos fueron atendidos. Indicó que la consulta externa fue suspendida desde ese mes. En el caso del Hospital Obrero N° 4 de Oruro, su Director aclaró no haber sido declarado hospital centinela y que la consulta

externa fue suspendida desde el inicio de la emergencia sanitaria, durante la cuarentena estricta; indicó que en la cuarentena dinámica hubo atención en la consulta externa, con una disminución, aproximadamente, al 30% de la capacidad, que el servicio de emergencias atendió sin restricción y todo el tiempo.

El Director del Centro COVID-19 de Potosí informó que en un inicio se tenía una capacidad de 22 camas en terapia intensiva, 15 de ellas funcionales con todas las necesidades para atender a un paciente. A la fecha de la entrevista, existían 16 camas funcionales que, a finales de agosto y principios de septiembre, alcanzaron el tope de su capacidad por un lapso de al menos 10 días sin llegar a un colapso, debido a que también se atendía a los asegurados de la seguridad social a corto plazo. Aclaró que no realizan consultas externas porque es un centro netamente de referencia. En el Hospital de la Caja Nacional de Salud del departamento potosino, las autoridades consultadas informaron que se habilitó un centro COVID-19, en primera instancia, con 17 camas; posteriormente, se instaló un hospital móvil, con un domo en la zona Las Delicias, para casos de coronavirus con 20 camas y equipos de terapia intensiva y media, que también colapsó, por lo que se contrató el Hostal Claudia con 35 camas; asimismo, indicaron que se gestionó el sig-vial policial con una capacidad de 25 camas que en julio habría alcanzado su máxima capacidad de atención con la atención de hasta 80 pacientes por profesional, aun así hubieron personas que voluntariamente decidieron irse; se restringió la consulta externa y el ingreso de familiares al hospital pero no se suspendió la atención.

En Cochabamba, en el Hospital Clínico Viedma, su director menciona que en fecha 01.04.2020 fue declarado Hospital Centinela e inmediatamente se habilitaron 12 camas para internación y cuatro camas UTIs para pacientes COVID-19. Fue a mediados de junio que el hospital rebasó su capacidad en cuanto a las camas de internación de pacientes positivos COVID-19 y las camas UTIs con pacientes críticos, en ese lapso se tiene un aproximado de 20 personas por día con COVID-19 para internación y ocho personas para UTI que no habrían accedido a ese hospital porque colapsó. El hospital suspendió el servicio de consulta externa desde mediados de mayo debido a la falta de personal tanto de médicos, enfermeras y administrativos por las bajas médicas y licencias. En el mismo departamento pero en el Hospital del Norte, sus autoridades refirieron que no cuentan con terapia intensiva ni terapia intermedia pese a que tiene siete camas habilitadas que no tienen respiradores, cuentan con 68 camas para internación, asegura que no se rebasó la capacidad del hospital porque fueron ocupadas 38 camas con pacientes COVID-19 y cuenta con 68 camas para internación, las siete camas UTIs no fueron habilitadas por falta de respiradores. Afirma, además, que todas las personas que acudieron al Hospital del Norte fueron atendidas porque no colapsó. El hospital se inauguró en fecha 23.06.2020 para atención exclusivamente de pacientes COVID-19, no hay consulta externa. En el Hospital del Sud del mismo departamento, se aclara que el nosocomio fue designado centinela en abril con 44 camas y no se contaba con la Unidad de Terapia Intensiva, en mayo se habilitó la UTI con seis camas, señala que a finales de junio y principios de julio el hospital sobrepasó su capacidad. Se habilitaron 65 camas de internación y que no se rechazó a ningún paciente. Precisa que consulta externa se suspendió desde mayo, debido a que fue declarado como hospital centinela. Para el caso del Hospital Elizabeth Seton de la Caja Petrolera de Salud, su director manifiesta que se comenzó con la implementación de seis camas UTI's y 12 camas para internación de pacientes COVID-19, posteriormente se habilitó

el domo como área especial para la internación de pacientes COVID-19, se implementaron nueve camas UTI's y 78 camas de internación. Aclara que si bien no fue rebasada la capacidad de camas, desde el 15 de julio hasta principios de agosto, la Caja Petrolera de Salud alcanzó el pico más alto de pacientes COVID-19. Afirma que se brindó asistencia médica a toda persona que acudía al hospital para ser atendida, finalmente aclara que si bien se suspendieron las consultas externas durante el periodo que duró la cuarentena rígida, se mantuvo activo el Servicio de Emergencias. Para el caso del Hospital Obrero N° 2 de la Caja Nacional de Salud, su director aclaró que se inició con seis camas UTI's exclusivas para pacientes COVID-19 y con 83 camas para internación, que rebasó su capacidad a finales de junio y principios de julio y por el colapso no se pudo atender a varias personas, pero sí realizaron la derivación a otros hospitales centinelas. Se redujo la atención de consulta externa para evitar aglomeraciones, pero aclaró que la atención en el Servicio de Emergencias nunca fue suspendida. Para el caso del Hospital Solomon Klein, se conoció por versión de sus autoridades que contaba con 120 camas en total, pero por las características de la pandemia, considerando la distancia de paciente a paciente, se habilitaron 90 camas con seis camas de terapia intermedia y cuando fue declarado hospital centinela, mediante Circular N°06/2020 de fecha 01.04.2020 emitida por el Sedes, habilitó tres camas para terapia intensiva con equipos propios del hospital, las restantes tres camas no fueron habilitadas por falta de equipamiento que no entregó AISEM. Posteriormente, el Gobierno Central dotó de tres camas más, las cuales no respondieron a la patología de los pacientes con COVID-19. Aclara, a su vez, que a finales de mayo fueron ocupadas las seis camas de la UTI y durante todo junio y julio rebasó la capacidad de las seis camas, reconoce que sí se habrían rechazado pacientes por falta de espacio. Finalmente, menciona que el servicio de consulta externa en el Hospital Solomon Klein fue suspendido desde el 01.04.2020 por instrucción del Sedes debido a que fue declarado Hospital Centinela para COVID-19.

En Chuquisaca, el director del Hospital San Pedro Claver manifiesta que a un principio no tenían camas previstas para pacientes COVID-19, y que a partir de agosto se comenzó a atender COVID-19 y se redujo la atención en otras especialidades, aunque no se suspendió la consulta externa. Señala que en agosto su capacidad de atención fue rebasada por la carencia de recursos humanos suficientes, se rechazó gente afectada por la falta de personal médico para atender. Reitera que sólo se redujo la consulta externa, pero que no se suspendió.

Para el caso de Tarija, se tiene que en el Hospital Regional San Juan de Dios se contaba con 10 camas de terapia intensiva convencional; sin embargo, aseguran que en ningún momento se rebasó la capacidad del hospital para la atención de pacientes COVID-19, y, por tanto, que se atendió a todos los que requerían atención. Señala que desde mediados de abril se suspendió la consulta externa y sólo se mantuvo Emergencias, y que la reducción de personal por contagio o licencias especiales incidió en la suspensión. En el caso del Hospital Obrero N° 7, sus autoridades relatan que empezaron con cuatro camas, luego se amplía a seis camas de UTI, luego a 16 y como los casos aumentaron se construyó un domo, con lo que en total llegaron a 54 camas UTI. Cuando contaban con las 16 camas, la capacidad de atención rebasó por eso tuvieron que ampliar la cantidad hasta 54. Manifiesta que a todas las personas que acudieron se les atendió de acuerdo con la gravedad. Finalmente,

refiere que a partir del 16 de agosto de 2020 se suspendieron las consultas externas porque el hospital COVID-19 de Lourdes estaba por ser rebasado, asegura el servicio de consulta externa se habilitó desde el 21 de septiembre de 2020, pero que en ese lapso, además, se compraron servicios.

En Santa Cruz, el panorama conforme a las entrevistas realizadas refiere, por ejemplo, en la Caja Petrolera de Salud comenzaron con 14 camas de unidades de terapia intensiva, luego 24 y 16 camas de internación de terapia intermedia, cuando esta cantidad rebasó compraron servicios para no dejar sin atención a ningún afiliado. En julio se rebasó la cantidad de camas disponibles, asevera que todas las personas que han accedido al hospital habrían accedido a la atención de salud incluso acudiendo a la compra de servicios, más que suspender la atención la gente, los asegurados, dejaron de acudir por el miedo al contagio. En el Hospital Japonés, sus autoridades refirieron que se contó con dos salas de terapia intensiva e intermedia, con 14 camas distribuidas de la siguiente manera; sala 1, seis camas, en la sala 2 con ocho camas. Entre abril y mayo, el hospital habría rebasado su capacidad en cuanto a la cantidad de camas y UTI's dispuestas para atención de pacientes COVID-19, el cierre de la consulta externa fue una decisión del Concejo Técnico que data del 24 de marzo por riesgo de contagio. En el Centro Centinela COVID-19 del Beni, su director sobre las consultas realizadas refiere que este centro se armó con 40 camas, como no funcionó UTI ni quirófano se ampliaron ocho camas más, haciendo un total de 48 camas. Afirma que en mayo, rebasó su capacidad, además que, sin precisar cantidades, cuando la capacidad de atención colapsó evidentemente despacharon personas. Asevera que no se suspendió nunca la atención y que habilitaron consulta externa, aun siendo centro COVID-19 y no un hospital. En el Hospital de la Caja Nacional de Salud, su director refiere que contaban con 40 camas en el domo y que, aproximadamente, el 25 de mayo se habría rebasado la capacidad, no puede precisar la cantidad de personas que no pudieron ser atendidas, toda la consulta externa se atendía en emergencia pero no suspendieron el servicio. En el caso de Pando, se tiene el Hospital "Dr. Hernán Messuti Ribera", cuyas autoridades manifiestan que cuando se dispuso su apertura en fecha 19.06.20 no contaba con nada, a partir de ese momento los directores y autoridades gestionaron equipamiento con el aporte de equipos del Hospital Roberto Galindo Terán y las Cajas de Seguridad Social. Actualmente, cuentan con 35 camas y cinco cunas, y en UTI's con 14 ventiladores invasivos. Las autoridades departamentales y municipales tomaron la decisión de utilizar las instalaciones del hospital de tercer nivel para que funcione el Hospital COVID-19 en fecha 19.06.20, cuyo objetivo era atender casos COVID-19 a partir de la segunda etapa de la enfermedad. Durante su funcionamiento, no fue rebasada su capacidad en cuanto a camas y UTI's. Asevera que todas las referencias recibidas tanto del Hospital Roberto Galindo Terán (2do. Nivel), centro centinela Perla del Acre, hospitales de Seguridad Social, desde su apertura como Hospital COVID-19 fueron atendidas, todas las personas referidas accedieron a una atención de salud. Aclara que no tienen consulta externa.

Finalmente, la Defensoría del Pueblo realizó requerimiento de informe a los SEDES a nivel nacional para conocer la situación del acceso a salud en cada departamento, al respecto, de las notas de respuesta se obtuvo lo siguiente:



<p align="center"><b>PREGUNTA</b></p> <p>Señale cuáles son los hospitales centinela en el departamento y la fecha en la que cada establecimiento de salud fue puesto en funcionamiento efectivo para la atención y tratamiento de pacientes COVID-19</p>	<p align="center"><b>RESPUESTA</b></p>
<p><b>SEDES LA PAZ</b></p>	<p>Mediante nota CITE GADLP/SEDES/LP/SURSS/NIN/N° 99/2020 suscrita por el Jefe de la Unidad del Sistema de Salud y la Jefe Sub Unidades de Redes y Servicios de Salud, se señala que se ha definido en el municipio de El Alto un establecimiento de salud que es el Centro de Salud Chacaltaya que corresponde al primer nivel de atención implementado en coordinación con el GAM El Alto.</p> <p>Mediante CITE GADLP/SEDES/UGH/ N562/2020 de 1 de octubre de 2020 el Jefe de la Unidad de Gestión Hospitalaria detalla los siguientes establecimientos Hospital Municipal La Portada de fecha 14 de marzo de 2020, Hospital del Norte de fecha 16 de marzo de 2020, Hospital de Clínicas de 16 de julio de 2020, Hospital de la Mujer de 1 de septiembre del 2020, Hospital El Alto Sur de fecha 27 de agosto de 2020, Hospital Municipal Boliviano Holandés de 10 de julio de 2020, Instituto Nacional del Tórax de 12 de septiembre de 2020, Hospital Municipal de Cotahuma de 28 de junio de 2020.</p>
<p><b>SEDES ORURO</b></p>	<p>En el municipio hace la inauguración del Centro de Aislamiento Municipal CAM, en mayo y entra en funcionamiento en junio.</p>
<p><b>SEDES COCHABAMBA</b></p>	<p>El Departamento de Cochabamba (Municipio de Cochabamba) cuenta con tres Hospitales Centinela de Referencia para el tratamiento de pacientes COVID-19, de los cuales se menciona al Hospital Centinela Solomon Klein, Hospital Centinela del Sud y Hospital Centinela del Norte, además de un Hospital de Tercer Nivel, el Hospital Clínico Viedma, que realizó atenciones a pacientes COVID-19.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El Hospital Solomon Klein fue uno de los primeros hospitales declarado como Hospital Centinela y comenzó a funcionar de manera efectiva con la atención a pacientes COVID-19 desde la segunda quincena del mes de marzo.</li> <li>• El Hospital Centinela del Sud, el segundo hospital en declararse como Hospital Centinela, comenzó a funcionar desde mediados de marzo, internando pacientes sospechosos de COVID-19. Posteriormente, la atención con internación y el tratamiento respectivo de pacientes COVID-19, se empezó a efectivizar de manera permanente a inicios de mayo, admitiendo en salas de internación pacientes positivos para COVID-19.</li> <li>• El Hospital del Norte, el último en ser designado como Hospital Centinela, para el tratamiento de pacientes COVID-19, inicia sus actividades para la atención de pacientes COVID-19 a partir de la última semana de junio de 2020.</li> <li>• El Hospital Viedma, el único hospital de Tercer Nivel de atención en el departamento de Cochabamba, que comenzó a atender pacientes COVID-19, como hospital de referencia, a partir de la segunda quincena de marzo de 2020, empezando a recibir pacientes con patología COVID-19.</li> </ul>
<p><b>SEDES CHUQUISACA</b></p>	<p>De acuerdo con el Informe con CITE: A.HOSP.SCH 40/2020 se tiene el siguiente detalle:</p> <p><b>Municipio Sucre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospital Santa Bárbara</li> <li>- Hospital San Pedro Claver</li> <li>- Hospital del Niño Sor Teresa Huarte</li> <li>- Hospital Poconas</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospital Gineco Obstétrico</li> <li>- Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés</li> </ul> <p><b>Municipio de Monteagudo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospital San Antonio de Los Sauces</li> </ul> <p><b>Municipio de Camargo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospital San Juan de Dios</li> </ul>
<b>SEDES TARIJA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospital San Juan de Dios de Tarija, 28.03.2020</li> <li>- Hospital Fray Quebracho de Yacuiba, 08.05.2020</li> <li>- Hospital San Antonio de Tarija, 05.08.2020</li> <li>- Hospital Virgen de Chaguaya de Bermejo, junio 2020</li> <li>- Hospital Básico de Villamontes, 20.05.2020</li> </ul>
<b>SEDES PANDO</b>	<p>Mediante CITE:UNI-REDES-N° 212/10/2020 la Jefe de la Unidad de Redes y Servicios del SEDES informa:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- En 26 de marzo del 2020, se abre el funcionamiento el Centro Centinela Perla del Acre.</li> <li>2.- En 18 de junio de 2020, se abre el Hospital COVID-19 Dr. Hernán Messuti Ribera, mediante Resolución del COED-Pando de misma fecha.</li> </ol>

## VENTILADORES PARA PACIENTES COVID-19

El avance a nivel mundial de la pandemia por COVID-19, desde su aparición en diciembre en el continente asiático y el registro del primer caso en marzo en nuestro país, denotó una especial atención de preparación y atención a los establecimientos de salud, precisamente en cuanto a la dotación de equipamiento, equipos e insumos y en específico el potenciar las UTI a través de ventiladores y respiradores, toda vez que por la naturaleza de esta enfermedad, se complica y dificulta el sistema respiratorio, y se tiene la necesidad de contar con estos equipos en casos graves.

En un reportaje de junio de 2019<sup>90</sup>, se informó que en todo el país había 145 camas de UTI, distribuidos de la siguiente forma:

DEPARTAMENTO	CANTIDAD DE CAMAS UTI
<b>Santa Cruz</b>	41
<b>La Paz</b>	33 (17 sin funcionar)
<b>Chuquisaca</b>	21
<b>Cochabamba</b>	14
<b>Beni</b>	11
<b>Tarija</b>	10
<b>Oruro</b>	9
<b>Potosí</b>	6
<b>Pando</b>	0

Cuadro elaborado por la Defensoría del Pueblo en virtud a datos obtenidos en medios de prensa.

<sup>90</sup> <https://brujuladigital.net/reportajes/bolivia-dispone-35-camas-de-terapia-intensiva-para-hacer-frente-al-Coronavirus>



En marzo de 2020, el Ministerio de Salud informó que el país contaba con 252 camas de aislamiento y 35 UTI, además refirieron que para la atención del COVID-19 se habilitarían hospitales específicos.<sup>91</sup> De igual manera, se informó que en el país existían 33 hospitales públicos de tercer nivel de los cuales sólo 23 tenían terapia intensiva, y excepcionalmente uno de segundo nivel en La Paz: el Boliviano Holandés, en total, y según datos de AFN, en estos centros las camas de terapia intensiva suman 220 y la ocupación cama en promedio es del 90%<sup>92</sup>. Según la Sociedad Boliviana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva en las UTI de todos los hospitales de tercer nivel del país existirían 430 camas con sus respectivos equipos (60% está en centros de salud y hospitales del sector privado; otro 20%, en la seguridad social, y el 20% restante en el sistema público); sin embargo, por la cantidad poblacional, deberíamos contar con al menos 1.150 camas.<sup>93</sup>

En abril, el Comité de Medicina Crítica y Terapia Intensiva informó que el país tenía 430 camas de terapia intensiva y 190 especialistas. Esa cifra cubriría apenas el 38% de las necesidades que debería contar el país, además existen carencias de insumos y equipamiento. Sobre el personal especialista, señalaron que se debería contar con al menos 400 a 500 como mínimo.<sup>94</sup>

Ésa era la realidad situacional con la que se “ingresó” a afrontar la emergencia sanitaria por COVID-19, por lo que el gobierno central en reiteradas oportunidades manifestó la intención de adquirir mayor equipamiento para los hospitales del país, precisamente con la intención de contar con mejores condiciones que permitan afrontar la pandemia. Por parte del Gobierno central, señalaron en marzo que se aprestaban a comprar e implementar al menos 300 UTI para la atención de pacientes COVID-19 en el país.<sup>95</sup>

Por su parte, el Ministerio de Salud anunció el 13 de mayo de 2020 la llegada al país de equipos de última generación para duplicar, inicialmente, la capacidad asistencial de las Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), una medida de prevención ante la pandemia del coronavirus COVID-19; se conoció que en total serían 500 respiradores.

Al respecto, la Defensoría del Pueblo realizó verificativos durante el mes de agosto en los establecimientos de salud a nivel nacional, con el objetivo de verificar el uso de respiradores de procedencia China, y constató que en La Paz se habrían entregado 12 respiradores en el municipio de El Alto, de los cuales seis se dieron de baja; en Potosí se informó que se tuvo inconvenientes con el uso, puesto que estos equipos utilizan distinta nomenclatura técnica; en Cochabamba del total de 10 ventiladores, cuatro se encuentran malogrados y seis no están en uso porque no cumplen las condiciones para la patología de COVID-19; en el Departamento de Tarija de 10 respiradores, ocho se encuentran en funcionamiento para pacientes en terapia intensiva no COVID-19; en el Hospital San Juan de Dios, los otros dos no funcionan debido a que no ventilan; en Santa Cruz se entregaron 55 respiradores, de los cuales solo 40 se encuentran instalados, 15

<sup>91</sup> <https://brujuladigital.net/reportajes/bolivia-dispone-35-camas-de-terapia-intensiva-para-hacer-frente-al-Coronavirus>

<sup>92</sup> <https://www.noticiasfides.com/nacional/sociedad/la-situacion-de-la-terapia-intensiva-en-bolivia-para-enfrentar-el-Coronavirus-403946>

<sup>93</sup> <https://www.la-razon.com/sociedad/2020/03/31/hospitales-camas-terapia-intensiva/>

<sup>94</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/4/4/bolivia-tiene-190-intensivistas-430-uti-38-de-lo-minimo-requerido-251726.html>

<sup>95</sup> <https://www.noticiasfides.com/nacional/sociedad/la-situacion-de-la-terapia-intensiva-en-bolivia-para-enfrentar-el-Coronavirus-403946>

de ellos están en el Hospital San Juan de Dios y los restantes 25 estarían en el Hospital Japonés, además se informó que se tuvo inconvenientes con el uso; finalmente en el departamento de Beni, cinco respiradores se encontrarían fuera de servicio. Estas verificaciones denotan, por una parte, que algunos de los respiradores adquiridos no satisfacen la necesidad requerida (atención a pacientes con COVID-19) y por tanto no se adecuarían a las especificaciones que debieron ser previstas por la entidad solicitante. Esta situación motivó a la Defensoría del Pueblo, solicitar información a los Sedes a nivel nacional a través de requerimientos de 26 de agosto de 2020, sobre la fecha de entrega de respiradores de procedencia China y la cantidad a cada uno de los nueve departamentos, así también en qué hospitales fueron distribuidos, las características técnicas y si hubieran presentado fallas técnicas, además si recibieron algún otro respirador de procedencia española, toda vez que por comunicados de prensa, éstos se encontrarían en custodia de los Sedes. Al respecto, se obtuvo la siguiente información:

El Sedes La Paz remitió la nota GADLP/SEDES/UGH/N626/2020 y señaló que no recibió ninguna entrega de respiradores de procedencia China por parte del Gobierno Central y el Sedes Tarija, mediante nota con cite SEDES/DIR. N° 251/2020, informó que el Hospital Regional San Juan de Dios, no recibió ningún ventilador.

Por parte del Sedes Oruro, remitieron el CITE: H.G.S.J.D.D.- H.O.C./DIR/ADM/GRAL 87/2020, mediante el que informaron que la AISEM y la CEASS, por parte del Estado, durante la emergencia sanitaria por COVID-19, realizaron entrega de equipamiento médico al Hospital General San Juan de Dios Bloque Oruro-Corea, bajo el siguiente detalle:

CEASS					
N°	CANTIDAD	UNIDAD	FECHA DE RECEPCIÓN	DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO	
1	2	EQUIPO	27/05/2020	VENTILADOR	SN: WH2020005094E
2	3	EQUIPO	07/07/2020	VENTILADOR	SN: WH2020005142E WH2020005143E WH2020005144E
3	10	VENTILADOR INVASIVO	14/07/2020	EQUIPO VENTILADOR INVASIVO	SN: WH202005201E WH202005200E WH202005129E WH202005193E WH202005186E WH202005189E
					WH202005118E WH202005205E WH202005140E WH202005173E
4	5	EQUIPO	31/08/2020	VENTILADOR INVASIVOS	SH: WH202006094E WH202006098E WH202006173E WH202006117E WH202006170E
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>VENTILADORES</b>			

Las características son:

- Equipos de gama baja-media.
- Cuentan con brazo de soporte, nebulizador, humidificador, panel de control y compresor de aire.
- Modos de trabajo: control de volumen, control de presión.
- Rango VT: 50-1500.
- Modos ventilatorios: A/C, SIMV, PCV, PSV, MMV con apoyo PEEP
- Alarmas: VT (superior/inferior), presión pico.
- Límite(Superior/inferior), VM limite (superior/inferior), concentrador de oxígeno límite (superior/inferior), PEEP límite (superior/inferior)

Estos ventiladores presentaron problemas en la verificación de su toma de oxígeno para su conexión, es un diámetro más grande a comparación del universal, además el manejo del equipo es básico, su *software* requiere una actualización, el panel de control es muy básico de baja gama y los accesorios, circuitos corrugados no son autoclavables, son descartables, sólo se cuenta con tres unidades por equipo.

Finalmente, en cuanto a respiradores de procedencia española, la recepción fue a través del GAD de Oruro, por parte de la AISEM, en 15 cantidades de equipos ventiladores pulmonares invasivo, no invasivo de emergencia COVID-19, de la marca Respira, modelo Respira Device.

El Sedes Potosí remitió nota de respuesta con CITE: DIR/SEDES/0470/2020, donde informan que recibieron los siguientes respiradores:

- Ventilador WDH el 20 de junio de 2020, 5 respiradores
- Ventilador WDH el 23 de julio de 2020, 7 respiradores
- Ventilador WDH el 20 de agosto de 2020, 8 respiradores

Las características de estos respiradores son las siguientes:

Ventiladores mecánicos, con compresor incorporado, funcionan con voltaje de 2020, presenta una perilla para la programación de los modos ventilatorios.

- 5 modos ventilatorios y 2 modos extras.
- Es de uso manual, a través de la perilla de manejo.
- Cuenta con humidificador.
- Brazo de soporte.
- Tubos corrugados.
- Manómetros para adaptación a Botellón de Oxígeno.
- Bolsa de insuflación.

En cuanto a los problemas que presentaron, tuvieron que realizar el cambio de los DIS, para la toma de oxígeno. Y no cuentan con ventiladores de origen español.

El Sedes Cochabamba remitió la nota con CITE: SEDES DIR No. 1429/20, en la que informan que recibieron respiradores de procedencia China WDH-1 Modelo Fial 250V en las siguientes fechas:

- 27 de mayo de 2020, les entregaron 10 unidades
- 9 de junio, les entregaron 10 unidades
- 27 de junio, les entregaron 5 unidades
- 5 de julio, les entregaron 3 unidades
- 17 de julio, les entregaron 5 unidades

En total, 33 ventiladores mecánicos, los cuales fueron distribuidos 10 para el Hospital Centinela Solomon Klein, 6 para el Hospital Centinela del Sud, 9 para el Hospital Viedma, 2 para el Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés y 6 unidades se encuentran en almacenes del Sedes.

En cuanto a sus características y problemas, el Hospital del Sud elaboró informe, corroborando información por parte de la empresa SOCRATES, quienes señalaron las limitaciones de los ventiladores mecánicos modelo WDH-1 marca YSEMED, y concluyeron que: "(...) tiene muchas limitaciones entorpeciendo el manejo adecuado del paciente, provocando mayor autoventilador, prolongando su estadía hospitalaria e incluso el deceso. Por lo mencionado, como médicos de la unidad de cuidados intensivos del Hospital del Sud solicitamos a su autoridad la no utilización de estos ventiladores en pacientes con infección por COVID-19 y solucionar lo mencionado a la brevedad posible, con la nueva adquisición de ventiladores para dar una atención de calidad a los pacientes y evitar complicaciones fatales...". Además, remiten comunicación interna, de parte de la Jefatura de la Unidad de Medicina Crítica y Terapia Intensiva del Hospital del Sud, en la que refieren que los ventiladores no se encuentran en el idioma español, las unidades de medida no son las utilizadas convencionalmente, los modos ventilatorios son básicos, no siendo los más idóneas para manejo de paciente ventilado complicado y mucho menos con síndrome de distrés, sólo cuenta con gráficas básicas de presión y volumen por lo que no brinda bucles espirométricos, no tiene medidas de flujo ni apoyo de diagnóstico para mediciones pulmonares, no cuentan con la opción de modificar el tiempo inspiratorio, ni calibrar el flujo deseado de forma independiente, no hay relación entre los parámetros programados del ventilador con las presiones que entrega, siendo mucho más altas que las programadas, y no cuenta con certificación estándar internacional que garantice su funcionamiento. Por lo que, concluye que solicitan no utilizarlos en pacientes COVID-19. Por parte del Hospital Solomon Klein, la biomédica de este establecimiento señaló que estos ventiladores presentan variación en los parámetros configurados y medidos de volumen tidal, con variaciones desde 50 ml hasta 100 ml, los compresores generan condensación excesiva, provocando un flujo de agua hacia el ventilador, dos de los equipos tenían el compresor en mal estado al momento de la recepción por lo que están en el depósito sin funcionamiento. Por la cantidad de fallas en compresor, tuvieron que modificar las mangueras de conexión de aire medicinal para ser compatibles con las tomas ohmeda existentes, además el ventilador no puede ser utilizado en pacientes con obesidad o en neonatos, por las funciones básicas del equipo y el ventilador no indica si cumple con certificaciones internacionales, motivo por el cual no se puede aseverar si los parámetros de ventilación indicados son correctos. En cuanto a los ventiladores de procedencia Española, el 19 de mayo de 2020, el Ministerio de Salud a través de la AISEM dejó en calidad de depósito 20 ventiladores mecánicos no invasivos de emergencia.

Por parte del Sedes Chuquisaca, remitieron nota con CITE.SEDES CHU/A.A.S./N° 24/2020 en la que informan que no recibieron ningún ventilador de procedencia China, Española o Estadounidense; sin embargo, el Ministerio de Salud habría entregado de manera directa al Hospital Santa Bárbara, Hospital del Niño “Sor Teresa Huarte Tama”, Hospital “San Antonio de los Sauces” de Monteagudo y Hospital San Juan de Dios de Camargo. El Hospital San Pedro Claver no recibió estos ventiladores.

El cuadro de recepción es el siguiente:

Hospital Santa Bárbara:

FECHA DE RECEPCIÓN	DETALLE	CANTIDAD	OBSERVACIÓN
25/06/2020	Ventilador WDH-1	2	
02/07/2020	Ventilador WDH-1	2	El equipo llegó roto y fue devuelto
13/07/2020	Ventilador WDH-1	2	
03/08/2020	Ventilador WDH-1	2	

Hospital del Niño “Sor Teresa Huarte Tama”: recibieron un ventilador WDH-1 por parte del Ministerio de Salud el 26 de agosto de 2020.

Hospital “San Antonio de los Sauces” de Monteagudo:

FECHA DE RECEPCIÓN	DETALLE	CANTIDAD
06/07/2020	Ventilador WDH-1	1
18/08/2020	Ventilador WDH-1	1
08/09/2020	Ventilador WDH-1	2

El Hospital San Juan de Dios de Camargo informó que la gobernación entregó el primer respirador chino el 6 de julio de 2020, el segundo a través del Ministerio de Salud el 14 de agosto de 2020 y los dos últimos el 8 de septiembre de 2020.

El Hospital San Pedro Claver informó que revisado los archivos de dirección, no encuentran actas de entrega; sin embargo, físicamente cuentan con ocho respiradores, desconocen su procedencia.

En cuanto a las características técnicas, el Hospital Santa Bárbara señala que los ventiladores no cumplen con las especificaciones necesarias como para realizar una ventilación en un periodo prolongado por dificultades en la monitorización. En cambio, el Hospital del Niño “Sor Teresa Huarte Tama” señaló que sí son aptos para UTI para pacientes COVID-19; el Hospital San Antonio de los Sauces de Monteagudo determinó que son aptos para terapia intermedia de COVID-19.

Respecto a los problemas, en el Hospital Santa Bárbara, los ventiladores 1, 2, 5, 7 y 8 presentaron falla en la entrega de presión y volumen de oxígeno, es inexacta la programación inicial. El ventilador 3 ingresa roto, por lo que realizaron la devolución. El ventilador 4 está en

periodo de prueba y el ventilador 6, además, presenta falla en la pantalla de monitorización, no permite modificar los parámetros visuales. En el HSB, al momento de iniciar el uso de estos equipos de ventilación mecánica, tiene fallas complejas en su aplicación en pacientes críticos de ventilación prolongada. En el Hospital del Niño, adaptaron la conexión a la red de oxígeno. En el Hospital de Monteagudo, presentaron problemas dos de los ventiladores, específicamente en el concentrador de aire comprimido, lo que impide su ciclaje respectivo, por lo que realizaron la devolución de uno, y están a la espera de la devolución del segundo, y en el Hospital San Juan de Dios, los ventiladores tienen dificultades en el uso de los parámetros por qué están en medidas diferentes, no tienen curvas de flujo respiratorio y el software es de difícil uso, de igual manera los parámetros se muestran en kilo pascales y se perdería tiempo convirtiendo a las medidas para iniciar la ventilación; estos ventilan y entregan volumen programado, pero no pueden valorar el estado del pulmón por qué no muestra la curva respiratoria y la manguera de oxígeno no es compatible, entre otros.

El SEDES Santa Cruz, mediante nota de respuesta con cite COES-SEDES 147 N°/2020, adjuntó informes del Hospital Japonés y Hospital San Juan de Dios, en el primer establecimiento habilitaron el Domo 1 para 30 unidades terapia intensiva, donde destinaron los ventiladores pulmonares mecánicos asignados por el Ministerio de Salud, los mismos estarían siendo utilizados de acuerdo con la necesidad y a la demanda de la población. En el segundo establecimiento, informan que los ventiladores mecánicos están siendo instalados en la Unidad UTI-COVID-19 y se encuentran disponibles para ser utilizados conforme demanda y condición clínica.

El SEDES Beni, con nota de respuesta CITE/DIREC/291/2020, informa que constataron ventiladores donados por el Ministerio de Salud, de los cuales de 31 ubicados en ese departamento, solamente un ventilador se encuentra en funcionamiento en la Sala de Emergencias del Hospital Presidente Germán Busch, seis se devolvieron al almacén Ministerial del Sedes Beni y el saldo se encontraría sin funcionamiento en los hospitales de los municipios de Guayaramerín, Riberalta, San Borja, Rurrenabaque y Trinidad.

Además, verificaron que en el almacén ministerial se encuentran 11 ventiladores respira marca GPG INNOVA.

Los activos fijos respecto a ventiladores es el siguiente:

N°	CÓDIGO	PRODUCTO Y MODELO	PRESENTACIÓN	CANTIDAD	FECHA DEL ACTA DE SALIDA O DEVOLUCIÓN	FUENTE DE DONACIÓN	SERIE	ESTADO	UBICACIÓN
1	S/C	VENTILADOR RESPIRA GPA INNOVA	PIEZA	1	19/5/2020	MINISTERIO DE SALUD	SN 20-90-00000249C	SIN UTILIZAR	HOSPITAL DE SAN BORJA
2	S/C	VENTILADOR RESPIRA GPA INNOVA	PIEZA	1	4/6/2020	MINISTERIO DE SALUD	SN 20-90-00000259C	SIN UTILIZAR	HOSPITAL DE MAGDALENA
3	S/C	VENTILADOR RESPIRA GPA INNOVA	PIEZA	1	18/5/2020	MINISTERIO DE SALUD	SN 20-90-00000250C	SIN UTILIZAR	HOSPITAL RRURRENABAQUE
4	S/C	VENTILADOR RESPIRA GPA INNOVA	PIEZA	1	28/8/2020	MINISTERIO DE SALUD	SN 20-90-00000235C	SIN UTILIZAR	ALMACEN MINISTERIAL

5	S/C	VENTILADOR RESPIRA GPA INNOVA	PIEZA	1	28/8/2020	MINISTERIO DE SALUD	SN 20-90-00000230C	SIN UTILIZAR	ALMACEN MINISTERIAL
6	S/C	VENTILADOR RESPIRA GPA INNOVA	PIEZA	1	28/8/2020	MINISTERIO DE SALUD	SN 20-90-00000158C	SIN UTILIZAR	ALMACEN MINISTERIAL
7	S/C	VENTILADOR RESPIRA GPA INNOVA	PIEZA	1	28/8/2020	MINISTERIO DE SALUD	SN 20-90-00000248C	SIN UTILIZAR	ALMACEN MINISTERIAL
8	S/C	VENTILADOR RESPIRA GPA INNOVA	PIEZA	1	SIN ENVIAR	MINISTERIO DE SALUD	SN 20-90-00000258C	SIN UTILIZAR	ALMACEN MINISTERIAL
9	S/C	VENTILADOR RESPIRA GPA INNOVA	PIEZA	1	SIN ENVIAR	MINISTERIO DE SALUD	SN 20-90-00000239C	SIN UTILIZAR	ALMACEN MINISTERIAL
10	S/C	VENTILADOR RESPIRA GPA INNOVA	PIEZA	1	SIN ENVIAR	MINISTERIO DE SALUD	SN 20-90-00000232C	SIN UTILIZAR	HOSPITAL PDTE. GERMÁN BUSCH
11	S/C	VENTILADOR RESPIRA GPA INNOVA	PIEZA	1	SIN ENVIAR	MINISTERIO DE SALUD	SN 20-90-00000261C	SIN UTILIZAR	HOSPITAL PDTE. GERMÁN BUSCH
12	S/C	VENTILADOR WDH-1	PIEZA	1	05/2020	MINISTERIO DE SALUD	WH202005085E	NO FUNCIONA	HOSPITAL PDTE. GERMÁN BUSCH
13	S/C	VENTILADOR WDH-1	PIEZA	1	05/2020	MINISTERIO DE SALUD	WH202005047E	NO FUNCIONA	HOSPITAL PDTE. GERMÁN BUSCH
14	S/C	VENTILADOR WDH-1	PIEZA	1	05/2020	MINISTERIO DE SALUD	WH202005097E	NO FUNCIONA	HOSPITAL PDTE. GERMÁN BUSCH
15	S/C	VENTILADOR WDH-1	PIEZA	1	05/2020	MINISTERIO DE SALUD	WH202005090E	NO FUNCIONA	HOSPITAL PDTE. GERMÁN BUSCH
16	S/C	VENTILADOR WDH-1	PIEZA	1	NO SE TIENE	MINISTERIO DE SALUD	WH202005100E	FUNCIONANDO	HOSPITAL PDTE. GERMÁN BUSCH
17	S/C	VENTILADOR WDH-1	PIEZA	1	NO SE TIENE	MINISTERIO DE SALUD	WH202005062E	NO FUNCIONA	HOSPITAL DE GUAYARAMERÍN
18	S/C	VENTILADOR WDH-1	PIEZA	1	NO SE TIENE	MINISTERIO DE SALUD	WH202005007E	NO FUNCIONA	HOSPITAL DE GUAYARAMERÍN
19	S/C	VENTILADOR WDH-1	PIEZA	1	NO SE TIENE	MINISTERIO DE SALUD	WH202005099E	NO FUNCIONA	HOSPITAL DE GUAYARAMERÍN
20	S/C	VENTILADOR WDH-1	PIEZA	1	NO SE TIENE	MINISTERIO DE SALUD	WH202005065E	NO FUNCIONA	HOSPITAL DE GUAYARAMERÍN
21	S/C	VENTILADOR MEDICAL LTDA	PIEZA	1	NO SE TIENE	MINISTERIO DE SALUD	SN 20135121683	NO FUNCIONA	HOSPITAL DE GUAYARAMERÍN
22	S/C	VENTILADOR IC	PIEZA	1	NO SE TIENE	MINISTERIO DE SALUD	S/: IV1840	NO FUNCIONA	HOSPITAL DE GUAYARAMERÍN
23	S/C	VENTILADOR MOD. E-100M	PIEZA	1	25/4/2020	MINISTERIO DE SALUD	1204MG970	SIN UTILIZAR	HOSPITAL PDTE. GERMÁN BUSCH
24	09-00560	VENTILADOR MOD. ZXH-550	PIEZA	1	8/7/2020	MINISTERIO DE SALUD	122051101	SIN UTILIZAR	HOSPITAL RIBERALTA
25	09-00563	VENTILADOR MOD. ZXH-550	PIEZA	1	8/7/2020	MINISTERIO DE SALUD	122051104	SIN UTILIZAR	HOSPITAL RIBERALTA
26	VEN003	VENTILADOR WDH-1	PIEZA	1	26/8/2020	MINISTERIO DE SALUD	WH202005132E	SIN USO RECIEN ENTREGADOS	HOSPITAL MAGDALENA
27	VEN003	VENTILADOR WDH-1	PIEZA	1	26/8/2020	MINISTERIO DE SALUD	WH202005151E	SIN USO RECIEN ENTREGADOS	HOSPITAL RIBERALTA
28	VEN003	VENTILADOR WDH-1	PIEZA	1	26/8/2020	MINISTERIO DE SALUD	WH202005202E	SIN USO RECIEN ENTREGADOS	HOSPITAL RIBERALTA
29	VEN003	VENTILADOR WDH-1	PIEZA	1	26/8/2020	MINISTERIO DE SALUD	WH202005145E	SIN USO RECIEN ENTREGADOS	HOSPITAL RRURRENABAQUE
30	VEN003	VENTILADOR WDH-1	PIEZA	1	EN ALMACEN NUNCA SALIERON	MINISTERIO DE SALUD	WH202005167E	SIN UTILIZAR	ALMACEN MINISTERIAL
31	VEN003	VENTILADOR WDH-1	PIEZA	1	EN ALMACEN NUNCA SALIERON	MINISTERIO DE SALUD	WH202005156E	SIN UTILIZAR	ALMACEN MINISTERIAL



Para contar con mayor información, la Defensoría del Pueblo realizó entrevista a los directores técnicos de los Sedes a nivel nacional, con relación a la fecha en la que recibieron los ventiladores chinos de parte del Estado y en qué cantidad, si presentaron problemas y las características técnicas y si son adecuados para las UTÍ's para pacientes COVID-19, y se obtuvo lo siguiente:

En La Paz, la autoridad departamental refiere que no tiene conocimiento; sin embargo, señala que cuando fungía como Director del Hospital del Norte le habrían entregado ventiladores de manera directa, a través del CEASS, y que el Ministerio de Salud estaría entregando directamente a los hospitales; en Oruro, les entregaron, el 16 de mayo de 2020, 15 respiradores, entre los problemas presentados fue la falta de insumos desechables (manguera de sensor de presión), unidades de presión en kilo pascales, cuando lo habitual son los cm de agua, interfaz compleja, además estos equipos sí serían aptos para UTI, pero no para pacientes con enfermedad pulmonar compleja. En Potosí no coordinaron de la manera adecuada, en cuanto a los problemas de los referidos equipos la programación de modo ventilatorio es limitada, otros equipos contarían con 15 modalidades y éste sólo cuenta con cinco y estos equipos sirven para el rescate de pacientes, en el Servicio de Emergencia, Área de Terapia Intensiva de Emergencia y no así en las unidades de terapia intensiva permanentes. Finalmente, estos ventiladores tenían problemas con el tipo de conector al oxígeno, pero este inconveniente fue solucionado por el biomédico de la institución.

En Cochabamba, recibieron en diferentes fechas, la primera en mayo y la última fue en agosto, un total de 48 ventiladores; sin embargo, éstos no serían adecuados para el uso en pacientes con daño de la función pulmonar por encima del 50%, ya que no son de alta gama; sin embargo, para otro tipo de pacientes sí funcionan. Estos ventiladores son de procedencia China, marca WDH-1, modelo FIAL250V, además estarían optando por la aplicación del sistema SIPAL a través de máscaras de buceo que consiste en alto flujo de oxígeno. En Chuquisaca, se entrevistó a la Jefa de Servicios de Calidad, quien manifestó que ese departamento no recibió ventiladores, toda vez que el Ministerio de Salud habría entregado directamente a los hospitales; sin embargo, conocieron que un respirador del Hospital Santa Bárbara y otros dos del Hospital del Municipio de Monteagudo presentaron fallas en el concentrador de aire, y desconoce si los mismos fueron repuestos. En Tarija, la autoridad entrevistada señaló que esa información "correspondería" dar al Hospital Regional San Juan de Dios.

Similar situación se dio en Santa Cruz, donde la autoridad departamental alegó "no conocer" esa información. Finalmente, en Pando recibieron cinco ventiladores a finales de junio, los cuales fueron armados y entregados al Hospital Messuti, posteriormente recibieron cinco y luego ocho, en total tienen 20 respiradores de los cuales varios ya no se encuentran en funcionamiento, toda vez que no serían de la calidad adecuada para el requerimiento del servicio, inclusive cuentan con un informe del Ingeniero Biomédico del hospital referido, que indicó que no cuentan con especificaciones técnicas y no tuvieron capacitación para los operadores, además se descalibran fácilmente. Cuando fueron instalados, les habrían señalado que estos serían solamente para adultos, por lo que no realizaría ventilación pediátrica ni neonatal.

De igual manera, la Defensoría del Pueblo realizó entrevistas a los directores de los hospitales públicos COVID-19 a nivel nacional, para conocer si recibieron ventiladores por parte del Estado y cuál sería la procedencia de estos equipos, además si se encontrarían funcionando, si son adecuados para UTÍ's y si presentaron fallas técnicas. Al respecto se obtuvo lo siguiente:

En el Hospital Municipal de Cotahuma de La Paz, les dieron 10 ventiladores chinos, los mismos presentaron fallas, tres no funcionan, se informó al Ministerio de Salud para que puedan verificar esta situación. Estos ventiladores en general se desconectaban, se apagaban y se desconfiguraban por lo que tuvieron que suplir con otros cinco ventiladores que ya pertenecían al establecimiento de salud. En el Hospital del Norte de El Alto, les dieron siete ventiladores; sin embargo, tuvieron que dar de baja a cinco, el Ministerio de Salud se habría comprometido a cambiarlos; sin embargo, están a la espera, además tuvieron que cubrir con ventiladores que ya contaban previamente para atender a sus pacientes. En Oruro, la autoridad entrevistada señaló que recibieron ventiladores; sin embargo, desconoce la procedencia y los mismos se encuentran en funcionamiento, y en el Centro COVID-19 de la avenida Sevilla de Potosí recibieron 20 ventiladores de parte del Ministerio de Salud, inicialmente cinco, luego siete y finalmente ocho, todos de procedencia China. Les dieron cinco de origen americano, pero se los "llevaron", afirmó el responsable, además señaló que los ventiladores chinos son muy básicos, pero para la emergencia sí ayudaron, son equipos distintos. Finalmente, señaló que el conector de oxígeno tenía fallas pero las corrigieron.

En el Hospital Solomon Klein de Cochabamba, recibieron cuatro ventiladores el 27 de mayo de 2020 y otros seis el 27 de junio de 2020, de la marca WDH-1 de procedencia China, todos de parte del Ministerio de Salud. Los primeros cuatro fueron dados de baja porque se malograron, y los otros seis se encuentran en el depósito, porque no son adecuados para el tratamiento de pacientes con COVID-19; sin embargo, servirían para otro tipo de patologías, en las cuales no estén dañados los pulmones. El Hospital del Sud de la misma ciudad recibió dos ventiladores de parte del GAM de Cochabamba de procedencia Europea y seis ventiladores de parte del Gobierno Central de procedencia China. Se informó que los ocho ventiladores se encuentran en funcionamiento y se añadió que según la Sociedad Boliviana de Terapia Intensiva y Medicina Crítica no serían los equipos adecuados para pacientes con COVID-19. El Hospital de Norte de la misma ciudad no recibió ninguno y el Hospital Clínico Viedma recibió seis ventiladores de procedencia China en agosto, dos de éstos fueron habilitados en el Servicio de Emergencias para pacientes no COVID-19, uno presentó fallas técnicas y se encuentra en depósito y tres ventiladores se encuentran almacenados porque no son adecuados para pacientes COVID-19.

El Hospital San Pedro Claver de Chuquisaca recibió ocho ventiladores de procedencia China, y tres de éstos presentaron problemas técnicos, además el sistema de conexión de oxígeno es distinto, por lo que tuvieron que adaptarlos. Uno de los ventiladores tenía un sonido especial por lo que tendría que ser devuelto. En el Hospital Regional San Juan de Dios de Tarija recibieron 15 de procedencia China en junio y a finales de agosto.

En el Hospital Japonés de Santa Cruz, recibieron 40 ventiladores, 24 de procedencia China de parte del Ministerio de Salud y 17 de parte del GAD de Santa Cruz, los ventiladores tuvieron fallas pero fueron subsanados por el Ministerio de Salud. Estos problemas eran en el mecanismo de conexión, también hubo renuncia para su uso por parte del personal, no se utilizaron en su totalidad y se encuentran en los domos. En el Centro Centinela COVID-19 de Beni, recibieron un ventilador que fue trasladado al Hospital Presidente Germán Busch, porque no tiene personal para instalar, ni para manejar el equipo. Finalmente, en el Hospital "Dr. Hernán Messuti Ribera" de Pando recibieron 10 ventiladores invasivos por parte del

Ministerio de Salud de procedencia China, de los cuales dos llegaron sin funcionar, cuatro se encuentran bien y otros cuatro están funcionando intermitentemente. Además, el GAD de Pando entregó siete ventiladores que funcionan normalmente.

De igual manera, a efectos de conocer los mismos extremos, la Defensoría del Pueblo realizó entrevistas a los directores de los establecimientos de salud de la Seguridad Social a Corto Plazo. Al respecto se obtuvo lo siguiente:

El Hospital General N° 8 Luis Uría de la Oliva de la Caja Nacional de Salud de La Paz no recibió ventiladores al no contar con UTIs y en el Hospital de la Caja Petrolera de Salud alquilaron ventiladores para paliar la emergencia; en el Hospital Obrero N° 4 de la Caja Nacional de Salud de Oruro no recibieron ventiladores; sin embargo, compraron por su propia cuenta, y en el Hospital Obrero N° 5 de la Caja Nacional de Salud de Potosí no recibieron absolutamente nada del gobierno, solamente un respirador otorgado por la Cervecería Nacional de Potosí, y cuentan con ventiladores propios.

El Hospital Elizabeth Seton de la Caja Petrolera de Salud y el Hospital Obrero N° 2 de la Caja Nacional de Salud, ambos de Cochabamba, no recibieron nada de parte del Estado. En el Hospital Obrero N° 6 de Chuquisaca tuvo un compromiso de parte del Ministro de Deportes, pero jamás recibieron ningún ventilador, y en el Hospital Obrero N° 7 de Tarija, de igual forma, hicieron los reclamos correspondientes al gobierno, pero no obtuvieron respuesta favorable. En la Caja Petrolera de Salud de Santa Cruz y en la Caja Nacional de Salud de Beni, cuentan con sus propios ventiladores.

Como parte fundamental de apoyo a las UTI, entre los equipos necesarios y fundamentales por la naturaleza de estas unidades están los ventiladores y respiradores, en ese sentido de la revisión de notas de prensa se obtiene que en abril el Embajador de Ciencia, Tecnología e Innovación, en representación del Gobierno Central informó sobre la compra de 500 respiradores para fortalecer el sistema de salud para enfrentar al coronavirus COVID-19. Por su parte, la Presidenta señaló que fue "difícil" encontrar 500 ventiladores que no solamente cumplan todos los requisitos de la Organización Mundial de la Salud, sino también que funcionen en la altura, dada la geografía de nuestro país.<sup>96</sup>

En mayo, el Ministro de Justicia y Transparencia Institucional informó sobre el arribo a Trinidad de tres respiradores, que serán instalados en el Hospital Presidente Germán Busch.<sup>97</sup> Así también, la Presidenta entregó los primeros 10 de 15 respiradores, que beneficiarán al Servicio Departamental de Salud (SEDES) de Tarija, para que sean utilizados en el Hospital Regional San Juan de Dios, en la atención de pacientes críticos con COVID-19<sup>98</sup>. De igual manera, la primera autoridad refirió que 170 respiradores de los 500 comprados por el Gobierno boliviano arribaron a Santa Cruz y serán distribuidos en todo el país para reforzar las unidades de terapia intensiva en la atención del COVID-19.<sup>99</sup> Sin embargo, el Embajador de Ciencia, Tecnología e Innovación aclaró

<sup>96</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=447748](https://www1.abi.bo/abi_/?i=447748)

<sup>97</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=449354](https://www1.abi.bo/abi_/?i=449354)

<sup>98</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=450001](https://www1.abi.bo/abi_/?i=450001)

<sup>99</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=451640](https://www1.abi.bo/abi_/?i=451640)

que los 170 respiradores de emergencia que llegaron son un complemento de los otros 500 ventiladores de terapia intensiva que se anunciaron en abril y que están en camino al país. Indicó que los 170 respiradores provenientes de España, son un complemento a los 500 respiradores de terapia intensiva comprados en China por UGESPRO, agencia dependiente del Ministerio de Salud.<sup>100</sup>

Por otro lado, se suscitaron críticas con relación a la eficiencia de los equipos ofertados por empresas nacionales respecto a los 170 respiradores de procedencia Española, por su parte la Sociedad Boliviana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva se declaró en emergencia y aseguró que estos aparatos no sirven para atender complicaciones por COVID-19. El Ministerio de Salud informó que se tomó la decisión de comprar 170 respiradores de la marca RESPIRA, de procedencia española, tomando en cuenta varias consideraciones, entre ellas, la pertinencia, ya que en la fase de la pandemia que atraviesa Bolivia el equipo puede ser utilizado en un segmento importante de la población o en municipios que carecen de servicios de terapia intensiva y, a partir de una capacitación con especialistas, el personal médico podrá utilizarlos para salvar la vida de pacientes, hasta que sean transferidos a un hospital de tercer nivel y conectados a respiradores convencionales con la intervención de un médico intensivista.<sup>101</sup>

Respecto a las características de estos equipos, el Ministerio de Salud afirmó que los 500 respiradores serían de “alta complejidad” o convencionales, y son de uso de emergencia; en cambio los 170 respiradores serían “únicos de su tipo”, porque principalmente ayudarán a “salvar vidas” en lugares donde no haya personal capacitado para el uso de equipos convencionales, éstos podrían usarse no solamente en hospitales, terapias intermedias, intensivas, sino también en lugares del país que no cuenten con terapeutas formados, porque son de emergencia.<sup>102</sup>

En junio, el Ministerio de Salud entregó siete respiradores, camas de terapia intensiva y otros equipos para la atención de pacientes con coronavirus COVID-19 en el Hospital del Norte de la ciudad de El Alto. Estos ventiladores cuentan con sus respectivos implementos, bombas de infusión volumétrica, glucómetros, máquinas de anestesia, camas de terapia intensiva, entre otros equipos.<sup>103</sup>

El Ministerio de Salud, en julio, afirmó que hasta finales de agosto se hará la entrega de 500 unidades de respiradores en todo el país, y especificó que 324 se distribuirán en la primera quincena de agosto, que representan el 65% del total, y las restantes 176 unidades llegarán al país para ser entregadas hasta finales del citado mes.<sup>104</sup>

En agosto, la Presidenta aseguró, en la entrega formal de los 200 respiradores de alta calidad donados por Estados Unidos, que esos equipos médicos de última tecnología serán distribuidos de manera equilibrada en todo el país<sup>105</sup>. Estos equipos, anunciados en mayo, tendrían un costo de 2,5 millones de dólares, y contarían con un paquete personalizado de soporte adicional que

<sup>100</sup> <https://www1.abi.bo/abi/?i=449985>

<sup>101</sup> <https://www1.abi.bo/abi/?i=450016>

<sup>102</sup> <https://www1.abi.bo/abi/?i=449954>

<sup>103</sup> <https://www1.abi.bo/abi/?i=451640>

<sup>104</sup> <https://www.minsalud.gob.bo/4392-lopez-500-respiradores>

<sup>105</sup> <https://www1.abi.bo/abi/?i=455090>

incluye equipos, planes de servicio y asistencia técnica para asegurar el adecuado funcionamiento de los aparatos y que éstos serían distribuidos entre los hospitales de segundo nivel.<sup>106</sup> Asimismo, el Ministerio de Salud lanzó la convocatoria para la adquisición de 176 ventiladores<sup>107</sup>.

El Sindicato de Ramas Médicas (SIRMES) de La Paz pidió al Gobierno esclarecer el paradero de los 170 respiradores españoles y advirtió, que, como sector afectado, iniciarán acciones contra los responsables, ya que consideran que, con los equipos, los médicos hubiesen salvados la vida de las víctimas mortales del COVID-19.<sup>108</sup>

Así también el Comité Científico de la Sociedad Boliviana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva (SBMCTI) indicó que los 324 respiradores chinos que fueron entregados por el Gobierno Central son muy básicos y no están calificados para pacientes con coronavirus. La Ministra de Salud reconoció que se registraron fallas en un 7% (23) del lote de aparatos; sin embargo, el SEDES e intensivistas de ocho departamentos reportaron más de 40 equipos que tienen desperfectos. Las regiones con equipos dañados son La Paz, Cochabamba, Potosí, Tarija, Chuquisaca, Beni, Oruro y Pando.<sup>109</sup>

En septiembre, autoridades del complejo hospitalario de Miraflores de La Paz indicaron que recibieron respiradores chinos, pero los equipos presentan fallas y no se pueden usar para atender pacientes. Además, alertaron que las fallas están en el *software*, deficiencias en manómetros de presión, además no reúnen condiciones técnicas ni ambientales para terapia intensiva. Son equipos de baja gama, no cuentan con sistema de calibración en sensores internos y presentan fallas importantes en la pantalla cuando los encienden.<sup>110</sup>

Con los datos informados por las autoridades nacionales, se detalla que las principales compras y adquisiciones del Gobierno central para fortalecer a las UTIS, relacionadas a los respiradores y ventiladores, son las siguientes:

<sup>106</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/8/20/200-respiradores-de-eeuu-iran-hospitales-de-segundo-nivel-265130.html>

<sup>107</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=454110](https://www1.abi.bo/abi_/?i=454110)

<sup>108</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20200825/medicos-paz-piden-esclarecer-paradero-respiradores-espanoles-advierten>

<sup>109</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/8/28/respiradores-expertos-dicen-que-equipos-chinos-son-basicos-salud-admite-fallas-266023.html>

<sup>110</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/9/3/complejo-hospitalario-denuncia-olvido-que-recibio-respiradores-chinos-con-fallas-266676.html>

PROCEDENCIA	CANTIDAD	ARRIBO AL PAÍS	CARACTERÍSTICAS INFORMADAS POR AUTORIDADES	RECLAMOS Y QUEJAS
China	500	Desde mayo, paulatinamente	Alta complejidad o convencionales de uso de emergencia	El Comité Científico de la Sociedad Boliviana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva (SBMCTI) indicó que los respiradores chinos que fueron entregados por el Gobierno Central, son muy básicos y no están calificados para pacientes con coronavirus.  El Ministerio de Salud admitió que 23 unidades presentaban fallas; sin embargo, en Sedes reportaron que al menos 40 unidades presentaban fallas.  Autoridades del Hospital del Tórax señalaron fallas en el software, deficiencias en nanómetros de presión, además que no reúnen condiciones técnicas ni ambientales para terapia intensiva. Son equipos de baja gama, no cuentan con sistema de calibración en sensores internos y fallas importantes en la pantalla cuando los encienden.
Española	170	Mayo	Pueden ser usados en emergencias, no únicamente en hospitales, terapias intermedias e intensivas.	La Sociedad Boliviana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva se declaró en emergencia y aseguró que estos aparatos no sirven para atender complicaciones por COVID-19
Estadounidense	200	Agosto	Alta calidad y contarían con un paquete personalizado de soporte adicional que incluye equipos, planes de servicio y asistencia técnica para asegurar el adecuado funcionamiento de los aparatos	

Cuadro elaborado por la Defensoría del Pueblo, según datos de medios de prensa.

Por lo expuesto, la adquisición de estos equipos para el fortalecimiento de las unidades de UTÍ's estuvo marcada en tres etapas, la primera con los 500 de procedencia China, la segunda con 170 de procedencia española y finalmente 200 norteamericanos. De lo señalado previamente, se pudo advertir que las especificaciones técnicas no cubren con las características que se requieren para el tratamiento de pacientes COVID-19 en fase crítica. Además, los ventiladores de procedencia china durante su uso presentaron fallas, situación que desde la perspectiva del gobierno central se estaría normalizando, puesto que, de acuerdo con lo señalado por la Ministra de Salud, "todo equipo que se adquiere tiene el riesgo de presentar fallas", justificando que "es imposible que antes de ponerlos (entregarlos) podamos adivinar que podrían presentar fallas"<sup>111</sup>.

## OXÍGENO

Al constituirse el oxígeno como un suministro esencial para la respiración, utilizado en medicina para la administración a pacientes con problemas respiratorios, y considerándose

<sup>111</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/8/28/respiradores-expertos-dicen-que-equipos-chinos-son-basicos-salud-admite-fallas-266023.html>

que el virus COVID-19 es una infección respiratoria que se expande a los pulmones causando justamente problemas de respiración, las provisiones en la dotación de oxígeno a los hospitales del Sistema Público y de la Seguridad Social a Corto Plazo debieron ser una prioridad, desde inicios de la pandemia.

Lo que se conoce de la enfermedad es que esta respuesta inflamatoria produce unas sustancias que pueden dañar al propio pulmón y si es muy elevada, genera una acumulación de líquidos que dificulta que el oxígeno llegue a la sangre. Esto implica que cuanto más inflamados están los pulmones, mayor es el líquido acumulado y mayor insuficiencia respiratoria sufre el paciente. De ahí la importancia de los respiradores artificiales que para muchas personas es imprescindible<sup>112</sup>.

¿Pero cuál es la situación de la provisión de oxígeno en Bolivia? Ante esta cuestionante es importante señalar que el suministro de oxígeno ya tenía problemas antes de declararse la pandemia del COVID-19, claro ejemplo es que sólo un establecimiento de salud de La Paz (Materno Infantil) de 32 hospitales públicos, de la seguridad social y privados que tienen camas de terapia intensiva, cuenta con un generador de oxígeno, el resto depende de la empresa PRAXAIR cuya planta se encuentra en Santa Cruz, situación que además se debe a una infraestructura deficiente de los establecimientos de salud que históricamente no tuvieron atención del Estado y que se agravó con la pandemia.

Según datos provistos por la empresa PRAXAIR a un medio de prensa, la misma abarca el 66% del mercado medicinal del país según su página web, la demanda en su planta antes de la emergencia sanitaria era de 25 toneladas al marco del día, y durante la pandemia sobrepasa las 50.

“El consumo de oxígeno medicinal se duplicó desde el inicio de la pandemia. Para atender esta demanda creciente, nuestras plantas vienen operando al 100% de su capacidad. La producción se complementó con la importación de oxígeno desde Paraguay, Argentina y Brasil a fin de contar con el volumen necesario para atender los requerimientos de los bolivianos”, respondió PRAXAIR a un cuestionario de prensa<sup>113</sup>.

Según la última lista de la AGEMED, en el país 11 empresas están autorizadas para el suministro del gas medicinal. En La Paz, son sólo dos PRAXAIR y 3H industrial. PRAXAIR es la que abastece a la mayoría de hospitales públicos, privados y de seguridad social de La Paz. Aunque tiene plantas almacenadoras y oficinas comerciales en todo el eje troncal, la planta de oxígeno medicinal se encuentra en Santa Cruz. Es decir que los hospitales paceños respiran oxígeno que se produce y se traslada desde el otro extremo del país.

Ante la necesidad de contar con generadores de oxígeno, se estaría adquiriendo este equipo para el Hospital de Clínicas para atender la pandemia y para el futuro, considerando que la demanda de oxígeno se cuadruplicó, ya que no sólo hospitales son los que recargan balones de oxígeno, sino también particulares.

<sup>112</sup> <https://www.gndiario.com/pulmones-COVID-19-virus-respiracion>

<sup>113</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/8/17/crisis-de-oxigeno-de-32-hospitales-de-la-paz-solo-uno-tiene-generador-propio-264755.html>



Por otra parte, los problemas de provisión de oxígeno se agudizan en el área rural, puesto que en los hospitales provinciales no existen ni tanques de almacenamiento, los pacientes dependen de tubos de oxígeno que viajan kilómetros para ser recargados<sup>114</sup>.

En este escenario, en julio el Gobierno declaró como prioridad la importación de oxígeno líquido medicinal, cilindros para oxígeno, concentradores y generadores de oxígeno para disponibilidad de toda la población boliviana frente a la pandemia del coronavirus. “Todas las entidades estatales deberán facilitar las acciones administrativas para un tránsito, transporte y flujo internacional, nacional e interdepartamental expedito (de ese insumo médico)”, señala el Decreto Supremo N° 4304, de 31 de julio de 2020.

Durante agosto, se reportó diversos bloqueos a nivel nacional, en ese sentido la Alcaldía de Cochabamba informó la llegada de cuatro cisternas con oxígeno líquido para proveer a los hospitales de Cochabamba, principalmente a los nosocomios que atienden pacientes con coronavirus.<sup>115</sup> De igual forma, el comandante de la guarnición militar de Cochabamba confirmó que la Fuerza Aérea seguirá transportando tubos de oxígeno, destinados a salvar la vida de pacientes con COVID-19 en el país.<sup>116</sup> Por otro lado, el Sedes de Potosí informó el arribo de 13 toneladas de oxígeno para todo el departamento, luego de dos días de viaje por carretera, sorteando bloqueos y limpiando las vías de los escombros puestos por los movilizados.<sup>117</sup>

Es importante señalar el caso del departamento del Beni por el incremento de casos positivos que rebasó la capacidad de atención en los hospitales, que según notas de prensa, en mayo, el Gobierno entregó una máquina que cargará 500 tubos de oxígeno por día en la ciudad de Trinidad para la atención de pacientes con COVID-19<sup>118</sup>; en junio el alcalde de Riberalta informó que se aprobaron 70.000 dólares para la compra de un booster, que es un dispositivo mecánico que permite aumentar la capacidad del generador de oxígeno que se instalará en esa ciudad; el mismo mes se reportó que la Fundación Tigres Fuertes donó un generador de oxígeno al hospital de tercer nivel Presidente Germán Busch para fortalecer la lucha contra el coronavirus.<sup>119</sup> La Gobernación del Beni, informó que se enviaron 250 tubos nuevos de oxígeno para las redes de salud 7 y 8 de la provincia Vaca Díez, para asistir a pacientes graves con COVID-19.<sup>120</sup> Por otro lado, la entidad financiera Crédito con Educación Rural (CreceR) donó un generador de oxígeno para el Hospital Presidente Germán Busch de Trinidad, por un monto de 700.000 bolivianos, informó su gerente en el Beni.<sup>121</sup>

Por otro lado, el presidente del Colegio de Ingenieros de Chuquisaca advirtió que existen fallas técnicas y fuera de norma en las instalaciones donde se busca situar la planta de oxígeno del Hospital Santa Bárbara, lo que se constituyen en un peligro por tratarse de “una bomba” si se la intenta hacer funcionar, sin estar certificada.<sup>122</sup>

<sup>114</sup> Ídem

<sup>115</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=453999](https://www1.abi.bo/abi_/?i=453999)

<sup>116</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=454085](https://www1.abi.bo/abi_/?i=454085)

<sup>117</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=454070](https://www1.abi.bo/abi_/?i=454070)

<sup>118</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=450619](https://www1.abi.bo/abi_/?i=450619)

<sup>119</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=451212](https://www1.abi.bo/abi_/?i=451212)

<sup>120</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=451923](https://www1.abi.bo/abi_/?i=451923)

<sup>121</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=452848](https://www1.abi.bo/abi_/?i=452848)

<sup>122</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=453621](https://www1.abi.bo/abi_/?i=453621)

En agosto, también se registraron bloqueos realizados por movimientos sociales en el sector Confital, carretera a Oruro, que impiden el ingreso de cisternas de oxígeno a ese departamento.<sup>123</sup> Ante esta situación que se repitió a nivel nacional, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) condenó las protestas y bloqueos que se desarrollan en Bolivia, que impedían el abastecimiento de oxígeno e insumos médicos.<sup>124</sup>

El Ministerio de Salud reportó ante el Consejo Permanente de la Organización de Estados Americanos (OEA), que hasta el 7 de agosto se registraron al menos 28 decesos por falta de oxígeno en La Paz y Oruro.<sup>125</sup> Por otro lado, la Canciller del Estado envió nuevas notas a organismos internacionales para denunciar las muertes por falta de oxígeno que se produjeron por sectores sociales que bloquean carreteras pese a la pandemia y la necesidad de atención de salud de los enfermos.<sup>126</sup> Además, el secretario general de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) expresó su preocupación por los bloqueos, movilizaciones y otras protestas que se registran en Bolivia, en momentos que se vive una emergencia sanitaria por el COVID-19, por lo que pidió garantizar el libre tránsito de motorizados con oxígeno y medicamentos.<sup>127</sup>

Por los distintos puntos de bloqueo que hay en el país, el Gobierno consideraba que el convoy de cisternas que transporta hasta 66 toneladas de oxígeno llegue a la ciudad de La Paz, tras cinco días de viaje desde Santa Cruz, tras su paso por Cochabamba, además se tuvo que optar por la ruta Sucre-Potosí, Potosí-Oruro y Oruro-La Paz, así lo informó el Viceministro de Régimen Interior y fue respaldado por el Ministro de la Presidencia, quien además refirió que la cantidad de personas fallecidas por falta de oxígeno alcanzaría a 40<sup>128</sup>.

Ante esta situación, el Estado Boliviano presentó el 4 de septiembre una denuncia en la Corte Penal Internacional de La Haya contra el expresidente Evo Morales y dirigentes de la COB por presuntos delitos de lesa humanidad, la Procuraduría General del Estado los responsabilizó de la muerte de al menos 40 pacientes por falta de oxígeno medicinal durante la pandemia en agosto.<sup>129</sup> Además, se informó que se recibió la referida denuncia.<sup>130</sup>

Por su parte, la Defensoría del Pueblo realizó entrevistas durante septiembre a los Directores Técnicos de los Sedes a nivel nacional, para obtener información respecto a la cantidad de fallecidos a causa de falta de oxígeno que se hubiera generado como consecuencia del bloqueo de caminos suscitado en agosto. Al respecto se obtuvo la siguiente información.

En La Paz, la autoridad entrevistada señaló que mandaron esa información al Ministerio de Salud y que esa Cartera de Estado cuenta con los datos, en Oruro se registraron 4 personas fallecidas según reportes de Caja Nacional de Salud y en Potosí no se habría producido ningún fallecimiento. La autoridad sanitaria manifestó que hicieron gestión para la provisión de oxígeno líquido y que

<sup>123</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=453785](https://www1.abi.bo/abi_/?i=453785)

<sup>124</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=453944](https://www1.abi.bo/abi_/?i=453944)

<sup>125</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=454053](https://www1.abi.bo/abi_/?i=454053)

<sup>126</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=454146](https://www1.abi.bo/abi_/?i=454146)

<sup>127</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=454286](https://www1.abi.bo/abi_/?i=454286)

<sup>128</sup> [https://correodelsur.com/sociedad/20200813\\_por-bloqueos-gobierno-preve-que-cisternas-con-oxigeno-lleguen-a-la-paz-el-viernes.html](https://correodelsur.com/sociedad/20200813_por-bloqueos-gobierno-preve-que-cisternas-con-oxigeno-lleguen-a-la-paz-el-viernes.html)

<sup>129</sup> <https://www.france24.com/es/20200904-bolivia-evo-morales-cpi-lahaya>

<sup>130</sup> <https://comunicacion.gob.bo/?q=20200904/30528>

no fueron afectados por el bloqueo. Además, contaron con la colaboración de la Defensoría del Pueblo para el traslado de este insumo.

En Cochabamba no se obtuvo el registro de fallecidos; sin embargo se presentaron 11 descomposiciones de pacientes en el trayecto del Hospital del Norte, empero este establecimiento de salud aún tenía oxígeno disponible. En Chuquisaca, no se registraron fallecidos y la autoridad sanitaria de Tarija señaló que esos datos corresponderían al Hospital Regional San Juan de Dios.

En Santa Cruz, no cuentan con ese dato y en Pando se informó que no tuvieron problemas con la falta de oxígeno porque cuentan con plantas generadoras en el Hospital Messuti.

Por otro lado, la Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnologías en Salud (AGEMED) del Ministerio de Salud, a través de nota con cite MS/AGEMED/AUMyT/AAVyc/CE/798/2020 con fecha de recepción de 2 de octubre de 2020, informó que antes de la declaración de cuarentena para contar con las cantidades necesarias de oxígeno emitieron la circular MS/AGEMED/CR/30/2020 con referencia de abastecimiento y distribución de medicamentos reconocidos por Ley en todo el territorio nacional, comunicando que las empresas, sean laboratorios industriales, importadoras o distribuidoras de medicamentos, deben organizarse para realizar el abastecimiento y distribución de medicamentos. Así también, la circular MS/AGEMED/CR/35/2020 con referencia "instrucciones para el suministro de oxígeno" dirigida a las instancias del abastecimiento de suministros en salud. Y también emitieron la Nota Interna MS/AGEMED/AUMyT/AATSyUR/NI/97/2020 de 8 de mayo de 2020 dirigida a la Directora General de Servicios de Salud a.i. para coordinar acciones estratégicas con las instancias operativas responsables del suministro del oxígeno en la que adjunta lista de empresas proveedoras de oxígeno para la disponibilidad oportuna en los establecimientos de salud públicos y privados y lograr el acceso de los mismos a la población boliviana.

En cuanto a las acciones de contingencia ante la previsible sobredemanda de oxígeno durante la pandemia, informaron que el 23 de julio de 2020, mediante Citación AGEMED/DTU/08/2020, sostuvieron reunión con los proveedores de oxígeno, quienes señalaron que las capacidades instaladas de plantas de producción rebasaron por la sobredemanda de los hospitales y la población. Además, reportan que entre las acciones de contingencia asumidas, emitieron notas de solicitud de información del suministro regular de oxígeno con CITES:

- MS/AGEMED/AUMyT/AATSyUR/CE/204/2020, 205/2020, 206/2020, 207/2020, 208/2020, 209/2020, 210/2020 y 211/2020, dirigidas a HAWA DEL SUR, IMPORTADORA JASEL, CRIOGAS LTDA, NITROX, PLANTA GENERADORA DE OXIGENO OXIPUR, ACME INVERSIONES SRL, PRAXAIR y 3H INDUSTRIALES, respectivamente.

De igual manera emitieron las siguientes circulares:

- MS/AGEMED/CR/71/2020 referente a empresas autorizadas para la producción, distribución y venta del oxígeno.
- MS/AGEMED/CR/73/2020 sobre la lista actualizada de empresas autorizadas para la producción, distribución y venta de oxígeno.

- MS/AGEMED/CR/233/2020, mediante la que solicita a la Defensoría del Pueblo ejercer el rol y los buenos oficios ante la Central Obrera Boliviana para evitar la convulsión social y permitir el libre tránsito de las cisternas hasta su destino.
- MS/AGEMED/CR/234/2020 al Ministerio de Gobierno, solicitando ejercer sus buenos oficios y mediar el libre tránsito de las cisternas oxígeno medicinal hasta su destino, tratándose de un producto esencial y vital para la salud pública.
- MS/AGEMED/NI/198/2020 con referencia a las dificultades en el suministro de oxígeno y sugerencias para el mejor abastecimiento y acciones realizadas por la AGEMED.
- MS/AGEMED/II/41/2020, sobre las dificultades del abastecimiento de medicamentos y otras tecnologías en salud del 23 de julio de 2020 dirigida al Ministerio de Salud.

Finalmente, señalan que, en virtud a esta información, autoridades nacionales emitieron el Decreto Supremo N° 4304 de 31 de julio de 2020 que declaró prioritaria importación de oxígeno líquido medicinal, cilindros para oxígeno, concentradores y generadores de oxígeno, para disponibilidad de toda la población boliviana.

En cuanto a las acciones que se asumirá a fin de evitar futura carencia de oxígeno en el Sistema Nacional de Salud, en la etapa posconfinamiento informaron que generarán mecanismos ágiles desburocratizados para la autorización de comercialización, importación de oxígeno y para la apertura de industrias y plantas generadoras de oxígeno, sucursales y distribuidoras, para mejorar su acceso y disponibilidad.

Por otro lado, la Central de Abastecimiento y Suministros de Salud (CEASS) del Ministerio de Salud, a través de nota con cite CEASS/DIR/NOT-EXT 603/2020, con fecha de recepción 7 de octubre de 2020, informó que el oxígeno medicinal es reconocido como un medicamento esencial incluido en la Lista Nacional de Medicamento (LINAME) bajo código V0310, insumo que requiere condiciones de alta complejidad para su almacenamiento y distribución, aspectos con los cuales la CEASS no contaría debido al alto costo de mantenimiento y su precio final al beneficiario (Centros de Salud de 1er., 2do. y 3er. Nivel), además señalan que el manejo del producto requeriría contenedores específicos para el traslado no únicamente tubos o cilindros cuyo contenido no es significativo, y que se requeriría cisternas criogénicas que mantengan la calidad y volumen del producto; sin embargo esta institución contaría con un almacén para manejo de medicamentos en condiciones estándar, y que el manejo del oxígeno amerita instalaciones específicas por la volatilidad del producto y acotando que al no contar con una planta productora de oxígeno que cumpla con estos requerimientos de una industria farmacéutica a fin de asegurar la calidad, debieron comprar el producto de una de las ocho empresas legalmente constituidas, lo que implicaría el incremento del costo al consumidor final.

## **MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE COVID-19**

El manejo de medicamentos en el contexto de la pandemia ha merecido la atención del Estado desde la perspectiva de agilizar procedimientos y mecanismos oportunos para su adquisición, que autorizó al Ministerio de Salud, a las entidades territoriales autónomas y entidades de la Seguridad Social a Corto Plazo, excepcionalmente, la compra directa de medicamentos, instancias que deberán coordinar e informar al Ministerio de Salud, a fin de garantizar la

oportunidad, pertinencia, eficacia y eficiencia, así como evitar la duplicidad dentro del Sistema Nacional de Salud.

En el marco de la Política Nacional de Medicamentos del Ministerio de Salud y Deportes presentada el año 2002, el Sistema Nacional Único de Suministro de Medicamentos (SNUS) fue implementado para la red de servicios públicos y seguridad social, como una respuesta a los constantes problemas de desabastecimiento de medicamentos en el país, que se constituye en el marco normativo para la administración logística armonizada e integral de medicamentos.

Con la visión de mejorar el sistema de suministro y brindar a la población medicamentos de bajo costo y calidad, en 1990 se creó la Central de Abastecimiento y Suministro de Salud (CEASS) la cual desarrolló una red de distribución en todo el país en forma regionalizada a través de las CEASS regionales. Constituyen instancias operativas responsables de la provisión y distribución de medicamentos e insumos.

La Política Nacional de Medicamentos actual de Bolivia tiene como objetivo general: “Lograr que la población boliviana tenga acceso con equidad a medicamentos esenciales, eficaces, seguros y de calidad”. El Estado Boliviano desarrolla intervenciones en los sectores involucrados, con la participación de la comunidad organizada y reconociendo sus terapias tradicionales para normar, regular, vigilar, controlar y promover el uso racional de medicamentos. Esta política plantea dos grandes pilares: El Sistema Nacional de Vigilancia y Control de Medicamentos y el Sistema Nacional Único de Suministro, sistemas que de manera conjunta permiten alcanzar el objetivo general de la Política Nacional de Medicamentos.

Por lo tanto, la compra oportuna y la previsión de medicamentos, así también como el control del mercado interno por parte del Estado, debió ser prioridad en la atención a la emergencia sanitaria por la COVID-19. De la revisión de los medios de prensa, se tiene que durante marzo empezaron las autoridades a nivel nacional a darle importancia al tema de medicamentos, en ese sentido el gobernador de Chuquisaca, informó sobre la aprobación de contrataciones directas de medicamentos, en el marco del “Plan de Contingencia” emitido por el Sedes.<sup>131</sup>

El Ministerio de Medio Ambiente y Aguas informó que se envió a la ciudad de Cobija, departamento de Pando, aproximadamente 10 toneladas de alimentos, medicamentos e insumos sanitarios. La mencionada Cartera de Estado detalló que se mandó siete toneladas de medicamentos e insumos sanitarios para el Hospital Roberto Galindo, la Caja Nacional de Salud y la Caja Petrolera.<sup>132</sup>

Durante el mes de abril, el embajador de Ciencia y Tecnología, la representante Presidencial en la Unidad de Apoyo y Gestión Social y el Viceministro de Autonomías, recibieron materia prima de medicamentos para el tratamiento de COVID-19, específicamente 200 kg de hidroxiquina.<sup>133</sup>

Se reportó la llegada de 70 toneladas de medicamentos y equipos.<sup>134</sup> Por su parte, la Asociación de

<sup>131</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=446920](https://www1.abi.bo/abi_/?i=446920)

<sup>132</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=447535](https://www1.abi.bo/abi_/?i=447535)

<sup>133</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=448249](https://www1.abi.bo/abi_/?i=448249)

<sup>134</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=449616](https://www1.abi.bo/abi_/?i=449616)

Importadores y Distribuidores de medicamentos reconocidos por ley de Bolivia (ASOFAR) entregó, en calidad de donación, medicamentos y equipos de bioseguridad al Ministerio de Salud para los médicos y trabajadores en salud que luchan contra la pandemia del coronavirus COVID-19.<sup>135</sup>

En mayo, el Gobierno nacional, a través de su Ministro de la Presidencia, entregó en Trinidad medicamentos para fortalecer el sistema de salud del departamento del Beni, uno de los más golpeados por la pandemia del coronavirus COVID-19.<sup>136</sup>

El alcalde de Cobija recibió medicamentos e insumos de bioseguridad, que serán distribuidos a los centros médicos y a la población para enfrentar al coronavirus COVID-19, durante el encapsulamiento que regirá en esa región.<sup>137</sup> Por su parte, el presidente de la Federación de Ganaderos del Beni informó que recibieron una donación de medicamentos de la Fundación "Solidez" de La Paz, por un monto de 70.000 bolivianos, para combatir la pandemia del coronavirus que castigó a esta región oriental del país<sup>138</sup>. Y la organización no gubernamental Médicos Sin Fronteras (MSF) en Bolivia entregó en calidad de donación, un lote de medicamentos y equipos de bioseguridad por un monto de 60.000 bolivianos para la atención de pacientes con COVID-19 en Trinidad, capital del Beni.<sup>139</sup>

El ex Ministro de Justicia y el ex Viceministro de Transparencia entregaron a la población de Guayaramerín, departamento del Beni, un *stock* de medicamentos para tratar el COVID-19.<sup>140</sup> Y el ex Ministro de Trabajo y Delegado Presidencial de Cochabamba entregó el 21 de junio medicamentos a dos hospitales COVID-19.<sup>141</sup>

Por otro lado, una comisión del Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz llegó al municipio de Cuatro Cañadas, para entregar equipos de bioseguridad y medicamentos, con el objetivo de reforzar la lucha contra el COVID-19.<sup>142</sup>

El secretario de Energía, Minas e Hidrocarburos de la Gobernación de Santa Cruz, informó que una comisión del COED entregó al municipio de Santa Rosa del Sara equipos de bioseguridad y medicamentos para enfrentar la pandemia del coronavirus COVID-19.<sup>143</sup>

Durante julio, la Compañía Eléctrica Sucre (CESSA) determinó comprar más de 2.000 kits de medicamentos para el municipio de Sucre.<sup>144</sup> La ex Ministra de Salud anunció que se distribuirían sin costo los medicamentos básicos para el tratamiento de los síntomas leves de pacientes que hayan contraído el coronavirus COVID-19, esos insumos serían distribuidos a través de los centros de salud de los barrios, en coordinación con los Sedes.<sup>145</sup>

<sup>135</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=449776](https://www1.abi.bo/abi_/?i=449776)

<sup>136</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=450283](https://www1.abi.bo/abi_/?i=450283)

<sup>137</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=451224](https://www1.abi.bo/abi_/?i=451224)

<sup>138</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=451480](https://www1.abi.bo/abi_/?i=451480)

<sup>139</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=451534](https://www1.abi.bo/abi_/?i=451534)

<sup>140</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=451573](https://www1.abi.bo/abi_/?i=451573)

<sup>141</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=451612](https://www1.abi.bo/abi_/?i=451612)

<sup>142</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=451888](https://www1.abi.bo/abi_/?i=451888)

<sup>143</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=452006](https://www1.abi.bo/abi_/?i=452006)

<sup>144</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=452615](https://www1.abi.bo/abi_/?i=452615)

<sup>145</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=453174](https://www1.abi.bo/abi_/?i=453174)

El Gobierno nacional entregó un importante lote de medicamentos al hospital de tercer nivel San Juan de Dios y el de segundo nivel San Antonio en la ciudad de Tarija para la atención de pacientes con COVID-19.<sup>146</sup> El Gobernador de Chuquisaca firmó un convenio con la empresa SIGMA CORP. SRL, encargada de distribuir el medicamento Avifavir, para la compra de 200.000 comprimidos en beneficio de 5.000 tratamientos para pacientes que contrajeron el coronavirus.<sup>147</sup>

Después de más de un mes de negociación, se reunieron entre SIGMA CORP. SRL, el COED de Cochabamba, el SEDES, la Gobernación, las organizaciones sociales y los alcaldes de los municipios de esa región y redactaron un voto resolutivo a favor de la importación del Avifavir en Bolivia, por lo que, la Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnología en Salud (AGEMED), dependiente del Ministerio de Salud, aprobó la solicitud para fabricarlo y distribuirlo a escala nacional.<sup>148</sup>

La Federación de Asociaciones Municipales (FAM) Bolivia firmó un acuerdo el 1° de septiembre con laboratorios SIGMA, encargada de la producción del medicamento ruso contra la COVID-19, para viabilizar el acceso al medicamento Avifavir en el país.<sup>149</sup> Ese mismo día, la alcaldesa de El Alto informó que incluirá el fármaco antiviral ruso Avifavir en los kits de medicamentos que entrega a los pacientes con coronavirus COVID-19.<sup>150</sup> Empero, el 3 de septiembre, el Ministerio de Salud señaló que se aprobó para el uso específico de influenza H1N1 y descarta aval para el uso de Avifavir en tratamiento del COVID-19.<sup>151</sup>

Por su parte, la Industria SIGMA CORP. SRL y NeoDeter donaron 119.400 comprimidos de aspirina y medicamentos destinados a los centros de salud COVID-19 de Cochabamba, informó el representante de los empresarios del departamento.<sup>152</sup>

Por otra parte, los medicamentos para el tratamiento del COVID-19 en Bolivia han carecido de protocolos científicos de administración para enfrentar el Coronavirus, así lo aseguró el Ministerio de Salud el 10 de mayo, y señaló que todavía no se puede recomendar ningún producto o medicamento para esta enfermedad.<sup>153</sup> Posteriormente, en mayo la mencionada autoridad emitió una Resolución Ministerial que permite el uso de la ivermectina (en comprimidos de 3 y 6 miligramos) incluyéndola en la lista nacional de medicamentos esenciales del país; sin embargo, el uso del fármaco es bajo consideración de profesionales especialistas, porque podría provocar reacciones adversas y su uso no está validado para la automedicación porque no tiene ratificación científica.<sup>154</sup>

<sup>146</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=455288](https://www1.abi.bo/abi_/?i=455288)

<sup>147</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=455301](https://www1.abi.bo/abi_/?i=455301)

<sup>148</sup> [https://eldeber.com.bo/pais/COVID-19-19-ministerio-de-salud-aprueba-la-importacion-del-avifavir-a-bolivia-lo-fabricaran-en-cochabam\\_197977](https://eldeber.com.bo/pais/COVID-19-19-ministerio-de-salud-aprueba-la-importacion-del-avifavir-a-bolivia-lo-fabricaran-en-cochabam_197977)

<sup>149</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/9/1/fam-bolivia-firma-acuerdo-con-distribuidora-de-avifavir-para-combatir-la-COVID-19-266498.html>

<sup>150</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=455549](https://www1.abi.bo/abi_/?i=455549)

<sup>151</sup> <https://www.la-razon.com/sociedad/2020/09/03/el-ministerio-de-salud-descarta-aval-para-el-uso-de-avifavir-en-tratamiento-del-COVID-19-19/>

<sup>152</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=454826](https://www1.abi.bo/abi_/?i=454826)

<sup>153</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=449681](https://www1.abi.bo/abi_/?i=449681)

<sup>154</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=449789](https://www1.abi.bo/abi_/?i=449789)



Es así que, el subgobernador de Cercado en Tarija informó que adquirió 2.500 dosis de ivermectina para tratar a los pacientes con COVID-19.<sup>155</sup> Por su parte, el director del SEDES de Tarija pidió a la población no automedicarse con ivermectina, como tratamiento para el coronavirus COVID-19, pese que el Ministerio de Salud incluyó este insumo dentro de la lista de los medicamentos esenciales en Bolivia.<sup>156</sup>

El alcalde de Tarija envió una carta al Gobierno Nacional para solicitar que se certifique el uso de medicamentos como la hidroxiclороquina, ivermectina, azitromicina y otros retrovirales para el tratamiento de pacientes con coronavirus COVID-19. La misiva señaló que “se debe dar certidumbre y seguridad a la población, por esto es necesario que el Gobierno Nacional y la Organización Mundial de la Salud (OMS) informen claramente cuáles son los protocolos de administración de medicamentos para enfrentar el coronavirus, es decir, qué está permitido, cuál es la posología, cuándo y cómo se debe usar estos medicamentos. La gente necesita información verdadera, transparente, con respaldo médico y científico”.<sup>157</sup>

Por lo expuesto, la información de cara a la población sobre los medicamentos para el tratamiento del coronavirus fue escasa y hasta inexistente, la ausencia de protocolos hasta el 18 de mayo, tal como señala la nota de prensa ha generado incertidumbre e inseguridad en la ciudadanía. En cuanto a los medicamentos básicos para el tratamiento del coronavirus, éstos fueron obtenidos como donación por instancias como ASOFAR, empresas privadas, Fundación Solidez de La Paz y otros; así como mediante compras del gobierno central, gobiernos autónomos departamentales y municipales.

El 14 de agosto, la ex Ministra de Salud instó a las autoridades de los gobiernos subnacionales a realizar inversiones responsables con criterio científico y técnico, ante la intención de adquirir medicamentos, que supuestamente sirven para curar el coronavirus COVID-19, como el Avifavir. Además señaló que antes de la comercialización del Avifavir en el país “tiene que presentarse una evidencia científica de que este producto es eficaz, no representar ningún riesgo para el paciente y (tener) una certificación de garantía de calidad”.<sup>158</sup>

Otro aspecto importante de mencionar, es la gratuidad de los medicamentos COVID-19, establecida en el Decreto Supremo N°4205 que conmina al Ministerio de Salud, a los establecimientos de salud, clínicas y otros de los subsectores públicos, de la Seguridad Social de Corto Plazo y privado del Sistema Nacional de Salud a dotar de manera gratuita medicamentos para las personas infectadas con el coronavirus (COVID-19). Sobre este aspecto la ex Ministra de Salud, en ocasión de anunciar el despliegue de brigadas de vigilancia comunitaria para entregar kits de medicamentos para el tratamiento precoz del coronavirus y evitar el colapso de los establecimientos de salud, señaló que este procedimiento sería provisto a través del sistema de salud, por medio del Seguro Universal de Salud, que le permitiría a la población contar con medicamentos de manera gratuita<sup>159</sup>. Al respecto, el Ministerio de Salud anunció convenios con

<sup>155</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=449799](https://www1.abi.bo/abi_/?i=449799)

<sup>156</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=449913](https://www1.abi.bo/abi_/?i=449913)

<sup>157</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=450038](https://www1.abi.bo/abi_/?i=450038)

<sup>158</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=454430](https://www1.abi.bo/abi_/?i=454430)

<sup>159</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=453325](https://www1.abi.bo/abi_/?i=453325)

los fabricantes e importadoras de fármacos, y que se realizarían con importadores y productores para tener una dotación adecuada y facilitar la producción de fármacos a los laboratorios nacionales.<sup>160</sup>

Los problemas presentados a consecuencia de la compra indiscriminada y desmedida de los medicamentos para el tratamiento del COVID-19 fueron en escalada. La preocupación se hizo manifiesta e incrementó cuando la población tomó conocimiento de la existencia de al menos dos casos de COVID-19 en territorio boliviano durante marzo. Esta alarma además trajo consigo un alza y especulación de precios en artículos de aseo que derivó en el control por parte de efectivos de la Policía Nacional, a fin de controlar las actividades sospechosas en cuanto a elevación de precios de determinados artículos, acciones de control interno que devinieron en aprehensiones policiales a nivel nacional. Así por ejemplo, el comandante de la Fuerza Especial de Lucha Contra el Crimen (FELCC) informó que las acciones policiales devinieron en la aprehensión de seis personas, las mismas que fueron sorprendidas en flagrancia comercializando productos a precios exagerados: "(...) En este momento, se está verificando que están vendiendo en precios que no son los estipulados para comercializar el alcohol en gel, entonces siguiendo disposición superior es que en este momento se ha intervenido y la persona será notificada para procesar el caso por agio en algunos casos por especulación"<sup>161</sup>. Además, se registraron estafas a través de las redes sociales. Es así que, el Director Nacional de la FELCC exhortó también a la población a tener cuidado con los ciberdelincuentes que estafan por redes sociales, quienes lucran con medicamentos y curaciones falsas para COVID-19. Además, refirió que estos fármacos serían de dudosa procedencia.<sup>162</sup> Esta situación de especulación de precios en productos recomendados para la lucha contra el COVID-19 se vivió a nivel nacional tanto en el mercado formal como informal, de modo que el control tuvo que ampliarse por parte de los GAM's y del propio Ministerio de Justicia, que incluso habilitó números telefónicos para recibir denuncias<sup>163</sup>. Sin embargo, se evidenció un incremento desmedido en este tipo de conductas que se ampliaron a otros ámbitos como el de medicamentos para el tratamiento de COVID-19, cuya regulación en tope de precios fue adoptada *a posteriori* por las instancias competentes<sup>164</sup>, que devino en la emisión de una lista de precios de medicamentos que denotó el rechazo de las instancias privadas de giro comercial relacionado a la venta de medicamentos, artículos de limpieza o elementos de bioseguridad, como fue el caso de la Asociación de Propietarios de Farmacias y representantes del Colegio de Bioquímica y Farmacia de Cochabamba, que manifestaron estar en total desacuerdo con esta lista: "Sacaremos un pronunciamiento público avalados por la ley. Desconocemos esta publicación hasta que nos hagan partícipes y realizaremos una marcha (...)"<sup>165</sup>.

Así ante la alarma por la escueta información y poco antelada acción de prevención por parte del Gobierno Central, originó las conductas de agio y especulación de productos de

<sup>160</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=453724](https://www1.abi.bo/abi_/?i=453724)

<sup>161</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/pais/paz-comerciantes-seran-sentenciados-agio-insumos-higiene/20200312180222756190.html>

<sup>162</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=453173](https://www1.abi.bo/abi_/?i=453173)

<sup>163</sup> [https://www.eldiario.net/noticias/2020/2020\\_03/nt200319/nacional.php?n=46&-operativos-contra-agio-y-especulacion](https://www.eldiario.net/noticias/2020/2020_03/nt200319/nacional.php?n=46&-operativos-contra-agio-y-especulacion)

<sup>164</sup> <https://minsalud.gob.bo/4333-AGEMED-garantiza-control-en-la-venta-de-medicamentos-esenciales-y-advierte-con-sanciones-por-especulacion-de-precios>

<sup>165</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/economia/20200729/farmacias-invalidan-lista-oficial-medicamentos-precios-irreales>

limpieza (alcohol en gel, lavandina, alcohol, etc.), así como de los medicamentos que fueron recomendados por los servicios departamentales de salud para el tratamiento del COVID-19 en el ámbito inicial, que fueron considerados en el marco del Código Penal. Por ejemplo, la Fiscalía informó que un vendedor fue sentenciado a dos años de privación de libertad, acusado de agio y especulación de precios de barbijos, aclaró que, sin embargo, no será retenido en ningún centro penitenciario porque se le otorgó perdón judicial<sup>166</sup>. Por otro lado, se puede ejemplificar para el caso de medicamentos que las autoridades del nivel central de manera conjunta con autoridades municipales públicamente señalaron que iniciaron el control en diferentes centros de abasto del país, recordando que el delito de agio está dentro de los delitos contra la economía nacional. “Aquella conducta que procurare alzar o bajar el precio de las mercancías, en el mercado, mediante noticias falsas, negociaciones fingidas o cualquier otro artificio fraudulento. Este tipo penal tiene una pena de privación de libertad de seis meses a tres años y un agravante que ingresa la especulación. Será sancionado con la misma pena el que acaparare u ocultare mercancías provocando artificialmente la elevación de precios”<sup>167</sup>.

Las acciones de las autoridades para contrarrestar la especulación, agio y otras conductas se materializó en instrumentos considerativos de información a la opinión pública que se hicieron virales mucho después de suscitados los hechos denunciados por la población en general, que iban en detrimento de la economía boliviana. La lista de medicamentos actualizada emitida por la AGEMED data de 27 de julio, de igual manera la publicación del listado de medicamentos recomendados en 7 de julio de 2020 por parte del Sedes de La Paz<sup>168</sup>, en cambio las conductas especulativas de los medicamentos iniciaron en febrero y marzo, es decir hubo una diferencia de al menos 20 días para conocer acciones afirmativas legales por parte de las instancias competentes y tuvo que pasar varios meses para que se considere regular el mercado interno.

Con el objeto de controlar los precios en las farmacias, durante julio, la jefa de Farmacias del Sedes Beni informó que esa institución realizó inspecciones diarias a las farmacias del municipio de Trinidad para evitar el agio y el incremento de precios de los medicamentos.<sup>169</sup>

Por otra parte, el Ministerio de Salud anunció que iniciará acciones legales en contra de las farmacias y distribuidores que especulan e incluso ocultan los medicamentos de mayor demanda en la actual coyuntura de la pandemia por el COVID-19.<sup>170</sup> De igual manera, el Ministro de Gobierno anunció “rastrillajes” (operativos sorpresas) a las farmacias del país para identificar a las personas que especulen con los precios de los medicamentos, y advirtió con procesos judiciales y la clausura de esos negocios.<sup>171</sup>

<sup>166</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20200312/sentencian-dos-anos-prision-comerciante-especular-precios-barbijos>

<sup>167</sup> <https://eju.tv/2020/03/recuerdan-que-agio-se-castiga-hasta-con-tres-anos-de-carcel/>

<sup>168</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/7/8/conozca-la-lista-de-medicamentos-para-pacientes-con-sintomas-levés-de-COVID-19-19-260699.html>

<sup>169</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=452413](https://www1.abi.bo/abi_/?i=452413)

<sup>170</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=452625](https://www1.abi.bo/abi_/?i=452625)

<sup>171</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=452654](https://www1.abi.bo/abi_/?i=452654)

La Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnología en Salud (AGEMED), junto a la Comisión Interinstitucional de Vigilancia y Control, coordinó con las jefaturas regionales de farmacias de los nueve departamentos para evitar el agio y especulación en la venta de medicamentos.<sup>172</sup>

El ex Ministro de Obras Públicas calificó como un “asalto y robo” a la población boliviana por parte de algunas farmacias, debido al incremento exagerado en el precio de algunos medicamentos para tratar a los pacientes con COVID-19. En ese marco, la autoridad advirtió con aplicar medidas duras para controlar este nuevo problema que surgió en medio de la pandemia.<sup>173</sup> Por lo que se acordó que las farmacias públicas y privadas del país deberán publicar el precio y listado de los fármacos indicados para el tratamiento del coronavirus, además de cumplir con otras tres medidas acordadas entre el Gobierno y representantes de las importadoras y productoras de fármacos.<sup>174</sup> Además se anunció su estricta fiscalización<sup>175</sup> y control.<sup>176</sup>

El Sedes La Paz planteó al COED La Paz la conformación de una comisión “al más alto nivel” para establecer sanciones en contra de las farmacias que incrementen los costos u oculten medicamentos para el tratamiento del COVID-19.<sup>177</sup> Por lo que, la Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnología en Salud (Agemed) publicó la lista de precios de medicamentos e insumos en el contexto de la pandemia del coronavirus, con el objetivo de evitar el agio y la especulación en la comercialización de esos productos.<sup>178</sup>

El Sedes Chuquisaca informó que se realizó operativos en farmacias y se evidenció el sobreprecio en la venta de medicamentos y la atención irregular a pacientes con COVID-19.<sup>179</sup> De igual forma, se informó que el sistema de transporte de carga pesada internacional tiene bloqueados por lo menos 5.000 motorizados que llevan insumos para la fabricación de fármacos.<sup>180</sup> Por otro lado, la Sociedad Boliviana de Neumología de La Paz se declaró en estado de emergencia por los bloqueos que impiden el arribo de medicamentos e insumos médicos a los hospitales de las ciudades de La Paz y El Alto.<sup>181</sup>

La Dirección de la Oficina del Consumidor de la Alcaldía de Sucre realizó un operativo sorpresa en las distribuidoras de medicamentos para verificar los precios y existencia de los productos requeridos para prevenir y combatir el COVID-19, luego de varias denuncias de la población con relación al alza de precios y escasez de los mismos<sup>182</sup>.

En ese sentido, durante el mes de septiembre, la Defensoría del Pueblo realizó entrevistas a los directores técnicos de los Sedes a nivel nacional para conocer qué acciones se habrían adoptado

<sup>172</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=452781](https://www1.abi.bo/abi_/?i=452781)

<sup>173</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=453209](https://www1.abi.bo/abi_/?i=453209)

<sup>174</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=453245](https://www1.abi.bo/abi_/?i=453245)

<sup>175</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=453331](https://www1.abi.bo/abi_/?i=453331)

<sup>176</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=453390](https://www1.abi.bo/abi_/?i=453390)

<sup>177</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=453413](https://www1.abi.bo/abi_/?i=453413)

<sup>178</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=453452](https://www1.abi.bo/abi_/?i=453452)

<sup>179</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=453898](https://www1.abi.bo/abi_/?i=453898)

<sup>180</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=454042](https://www1.abi.bo/abi_/?i=454042)

<sup>181</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=454178](https://www1.abi.bo/abi_/?i=454178)

<sup>182</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=454414](https://www1.abi.bo/abi_/?i=454414)

ante el agio y la especulación de medicamentos para el tratamiento de la COVID-19, y se obtuvo la siguiente información:

En el Departamento de La Paz se realizaron inspecciones, además la autoridad entrevistada señaló que la tutela sobre aranceles la tiene Agemed; sin embargo, a nivel departamental sólo velan por el cuidado y la responsabilidad de las licencias de funcionamiento, control de calidad y seguridad de las farmacias. En Oruro, a través del área de Farmacia y Farmacovigilancia se realizaron supervisiones a las diferentes farmacias para evitar sobreprecios de medicamentos, además se instruyó que se publique la lista de precios a fin de evitar la especulación, estas actividades de inspección fueron realizadas de forma permanente y también cuando recibían denuncias formales (aclarando que estas debían ser por escrito para contar con un descargo legal). Las infracciones emitidas fueron conforme al Sistema Nacional de Vigilancia y Control de Medicamentos en su capítulo X. Finalmente, en razón a su instructivo J.F.O. 06/20 emitido por la jefatura de farmacia, obligaron a todas las farmacias privadas del departamento a exponer los precios y existencia de los medicamentos más solicitados en la crisis sanitaria. En Potosí, realizaron controles permanentes a través de la Jefatura de Farmacias departamental y realizaron acciones coordinadas con diferentes instituciones, entre ellas la Fiscalía, Policía y Defensoría del Pueblo, y se instruyó que se realice las mismas actividades en ciudades intermedias.

En Cochabamba, a través de la Unidad de Farmacias realizaron inspecciones en farmacias y mercado informal sobre la venta de medicamentos y oxígeno; en Chuquisaca se realizaron cinco controles en farmacias, para evitar agio, sobreprecios y especulación, estas acciones fueron controles de rutina y también sorpresivos; sin embargo admitieron que cuentan con limitaciones para efectivizar el control en las redes sociales, y en Tarija se realizaron verificaciones *in situ* en diferentes farmacias para constatar los precios de los medicamentos para el tratamiento para COVID-19 con base en la lista emitida por el Ministerio de Salud; al efecto se solicitó y recepcionó fotocopias de facturas de compra y venta para comparar los costos, se atendieron denuncias que llegaban a través de la defensa del usuario y consumidor, se intervino en comercios informales, verificando la venta de medicamentos sin registro sanitario, se instruyó el timbrado de medicamentos con sus precios y que se detalle en todas las facturas, con las especificaciones de cada producto. En estos operativos participaron y fiscalizaron el presidente de la Brigada Parlamentaria y distintos miembros de control social.

En Santa Cruz, se realizaron intervenciones por intermedio del Comité de Farmacias, haciendo la vigilancia, empero a través de las redes sociales generaron especulación de estos medicamentos para el tratamiento de la COVID-19; finalmente en Pando, el Programa de Farmacias realizó actividades en coordinación con el municipio de Cobija, a través de la Intendencia Municipal para realizar verificaciones en todos los establecimientos farmacéuticos sobre la venta y expendio de medicamentos de acuerdo con las instructivas del Ministerio de Salud.

Por otro lado, la Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnologías en Salud (Agemed) del Ministerio de Salud, a través de nota con cite MS/AGEMED/AUMyT/AAVyC/CE/798/2020 con fecha de recepción de 2 de octubre de 2020, informó respecto a la normativa que regula el procedimiento sancionatorio por infracciones relacionadas al agio y especulación, reconocida por la Ley N° 1731, y referente al agio y la especulación se encuentra en el Sistema Nacional de Vigilancia y Control

con Resolución Ministerial N° 0250 de 14 de mayo de 2003. Además informó que la Agemed no emitió ninguna lista de medicamentos para el tratamiento de la COVID-19 por no encontrarse dentro de sus competencias. En cuanto a las denuncias recibidas respecto al agio y especulación de medicamentos para el tratamiento de COVID-19, informó que recibió 18 denuncias sobre alza de precios, nueve han sido derivadas a los Sedes departamentales de acuerdo con sus competencias y jurisdicción, los demás estarían en proceso de investigación y ejecución dentro de la Agemed. Finalmente, en cuanto a los procesos sancionatorios que se hubieran sustanciado a partir de la lista de precios de medicamentos para tratamiento de la COVID-19, informaron que a partir de la publicación de la lista de precios con circular MS/AGEMED/CR/74/2020 se tiene 134 casos con sentencias ejecutoriadas.

Por su parte, la Defensoría del Pueblo realizó requerimiento de informe a los Sedes a nivel nacional para conocer las acciones adoptadas ante el agio y la especulación de medicamentos para el tratamiento de la COVID-19 en cada departamento, al respecto, de las notas de respuesta se obtuvo lo siguiente:

<b>PREGUNTA</b> ¿Qué acciones han adoptado ante el agio y la especulación de medicamentos para tratamiento de la COVID-19?	<b>RESPUESTA</b>
<b>SEDES LA PAZ</b>	Por Nota CITE: GADLP/SEDESLP/UGCS/FAR-NIN/N° 381/2020 la Unidad de Gestión de Calidad y Servicios Hospitalarios señala que durante los meses de agosto y septiembre se realizaron operativos en zonas programadas en coordinación con el COI departamental. En el primer mes se inspeccionaron 28 farmacias, de las cuales 15 fueron citadas a incumplimiento de la Ley del Medicamento y 13 entre clausuras definitivas a farmacias clandestinas y cierres temporales a farmacias legalmente establecidas; en el segundo mes se inspeccionaron 106 farmacias, de las cuales 75 fueron citadas por incumplimiento a la Ley del Medicamento, 12 entre clausuras definitivas y cierres temporales y 52 no contaban con un profesional farmacéutico conforme a norma. Por Agio y Especulación, se inspeccionaron 82 farmacias ninguna de ellas habría cometido este ilícito.
	Por Informe CITE:GADLP/SEDES LP/UGCES/EMP N° 13/2020 de la Unidad de Gestión de Calidad del Sedes, se tiene que respecto establecimientos farmacéuticos se realizó seguimiento y control recomendado para proseguir con estas actividades para lograr acceso a medicamentos por parte de la población boliviana, se encontraron diferentes tipos de infracciones desde farmacias que no contaban con resolución administrativa de apertura de farmacias que no contaban con profesionales farmacéuticos, entre otras.
<b>SEDES ORURO</b>	Es tuición del Sedes Oruro como MAE técnica de la red.
<b>SEDES COCHABAMBA</b>	La subunidad realizó operativos en coordinación con representantes de la Subcomisión Interinstitucional de Vigilancia y Control del Medicamento, conformada por representantes de la FLECC, Viceministerio de Justicia, representada por la oficina de Defensa del Usuario y del Consumidor, la Intendencia Municipal y la Jefatura de Farmacias del Sedes Cochabamba, trabajo arduo en el que se decomisaron productos sin registros sanitarios desinfectantes elaborados en condiciones inadecuadas y precarias con productos que no guardan relación con los desinfectantes elaborados en laboratorios autorizados por Agemed, se constató la venta de barbijos con sobreprecio en farmacias así como en los medicamentos que eran utilizados en los hospitales, como es el caso del atracurio que se comercializaba a precios altos en una farmacia a un precio de Bs 108, cuando el costo real es Bs 12, se procedió al arresto de la propietaria regente por la venta de este medicamento con sobreprecio y por haber adquirido para



	<p>la reventa de una persona que comercializaba de manera clandestina y en grandes cantidades el producto mencionado, y era propiedad del Estado Plurinacional de Bolivia con una leyenda impresa en la etiqueta de la ampolla de prohibida la venta El caso está en investigación con la Fiscalía.</p> <p>Ante la sospecha de que un ex administrador del CEASS Cochabamba habría sustraído dicho medicamento, se realizó el allanamiento del domicilio de esta persona con la Fiscalía, y se encontraron otros medicamentos y chalecos con la impresión grabada de CEASS</p> <p>En cumplimiento a la Resolución 250 del Manual del Sistema Nacional y Vigilancia y Control del Medicamento se procedió, aplicando sanciones económicas por sobreprecio no sólo a las farmacias, también a las clínicas privadas del Departamento, y se constató un sobreprecio de hasta de un 400% sobre el precio de adquisición.</p>
<p><b>SEDES CHUQUISACA</b></p>	<p>Mediante Informe con CITE: JDF N° 239/2020 de 25 de septiembre de 2020.</p> <p>Se ha exhortado y establecido alerta para hechos de denuncia y especulación.</p> <p>En coordinación con la Delegación Defensorial Departamental de Chuquisaca, Odeco, Intendencia Municipal, ASPROFAR, FELCC, se ha realizado el control a farmacias y clínicas privadas, y del mercado informal.</p> <p>Se han realizado operativos coordinados de rutina.</p> <p>Reuniones con representantes con ASPROFAR y otras distribuidoras para gestiones y uso racional de medicamentos en farmacias unipersonales.</p>
<p><b>SEDES SANTA CRUZ</b></p>	<p>Se han realizado inspecciones y verificaciones a farmacias en cumplimiento a la Ley 1737 y su D.S. 25235, asimismo realizaron operativos con la Fiscalía, FELCC, Alcaldía y Defensa del Consumidor, referente al control y supervisión de supuestos medicamentos sin registro sanitario, dispositivos médicos, productos cosméticos, productos de limpieza, medicamentos falsificados, medicamentos de contrabando, etc. Las inspecciones fueron a todo establecimiento farmacéutico con el fin de precautelar la salud de la población bajo jurisdicción del Sedes con las que se pueden tomar acciones para el cumplimiento de la Ley 1737 en el marco del Sistema Nacional de Vigilancia y Control de Medicamentos y disposiciones legales.</p> <p>En los meses de marzo y abril, se realizaron inspecciones a farmacia para verificar la presencia de regente farmacéutico, disponibilidad y precio de barbijos y alcohol en gel, supuesto sobreprecio en Farmacia TELCHI. Se realizó control a importadoras, laboratorios industriales y empresas que producen alcohol.</p> <p>En el mes de mayo se inspeccionaron farmacias magistrales del producto de ivermectina y todas las magistrales que promocionaban estos productos.</p> <p>En el mes de junio y julio, supervisión a farmacias, terminal de buses, con Asesoría Legal, FELCC, Defensa del Consumidor, Alcaldía y Fiscalía.</p> <p>En el mes de agosto, supervisión a farmacias observadas, viendo la disponibilidad de ivermectina y la posible existencia de Hidróxido de Cloro. Así también, se hizo control de Ácido Salicílico y otros productos de mayor demanda utilizadas en COVID-19, se coordinó con el Jefe de Relaciones Públicas del Viceministerio de los Derechos del Usuario.</p> <p>En septiembre, se realizaron inspecciones con el Viceministerio de Defensa del Consumidor a distribuidoras e importadoras observadas, viendo el tema de disponibilidad y precio.</p> <p>En octubre, se continúa con las supervisiones a las farmacias, distribuidoras e importadoras y operativos en la Feria Barrio Lindo, venta de productos farmacéuticos por redes sociales y venta de productos farmacéuticos en mercados.</p> <p>Finalmente, señala que se observa las dificultades de importación de materia prima y escasez de los mismos en los países de origen, así también de productos terminados, que han coordinado actividades con la Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnología en Salud (Agemed) y las instituciones involucradas para realizar las actividades.</p>



<b>SEDES BENI</b>	<p>Ante el agio y especulación de medicamentos para el tratamiento COVID-19, se llevó a cabo un plan dando cumplimiento al Sistema Nacional de Vigilancia y Control, Reglamento de la comisión Interinstitucional de Vigilancia y Control, y Regulación Farmacéutica en General, con el objetivo específico de: Vigilar, controlar y fiscalizar el agio y especulación de medicamentos reconocidos por la Ley No. 1737, que tengan relación con el COVID-19, vigilar, controlar y fiscalizar el agio y especulación de EPP que tengan relación con COVID-19, vigilar la disponibilidad de medicamentos y EPP que tengan relación con COVID-19. Esta vigilancia, control y fiscalización se realizaron a través de inspecciones a establecimientos farmacéuticos privados, sucursales de laboratorios y distribuidoras, mediante la inspección se solicitó información de precios de proveedores y precios públicos para realizar el cruce de información y de esa forma ver si había alza de precios de medicamentos relacionados con el COVID-19.</p> <p>Se observó que algunos medicamentos tenían alza de precios pero nos desplazamos a la sucursal de laboratorio lo cual nos informaron que era debido a la importación por el cierre de fronteras y la materia prima era transportada vía aérea.</p> <p>También pudimos constatar el desabastecimiento de algunos medicamentos lo cual el desabastecimiento era a nivel nacional e incluso en todo Sudamérica, ya que algunos medicamentos son importados.</p> <p>Este plan se lo realizó a nivel departamental y nacional, actualmente continuamos con el mencionado plan e inspecciones correspondientes.</p>
<b>SEDES PANDO</b>	<p>Mediante CITE: PROGRAMA FARMACIA/N° 101/2020 de la Responsable de Farmacia del SEDES Pando, se informa que con base a la circular de Agemed de verificar el agio y especulación hacia la población en general, se realizaron inspecciones a los establecimientos farmacéuticos.</p> <p>La Agemed del Ministerio de Salud, en el marco del Decreto Supremo N° 4294 de 24 de julio de 2020, a fin de evitar el agio y especulación pone a disposición de la población en general la Lista de precio de medicamentos e insumos en el contexto de la pandemia del COVID-19, adjunta resolución Ministerial N° 0639 de 4 de junio de 2014.</p>

El presente relevamiento de información refleja las acciones adoptadas por el Estado en la administración de medicamentos para tratar el COVID-19, en cuanto a adquisiciones, a la falta de protocolos, a la falta de control en la venta de los mismos, entre otros.

## - PRUEBAS Y LABORATORIOS

El Estado Boliviano comunicó públicamente en reiteradas ocasiones la intención de adquirir pruebas para el procesamiento y detección del COVID-19, de igual manera informó respecto a la capacidad de procesamiento de estas pruebas, siguiendo la recomendación del Director General de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, que hizo un llamado a todos los países afectados por la pandemia para que hagan "Test, test, y más test".<sup>183</sup> Por lo que el presente diagnóstico tratará de develar la situación que vivió Bolivia durante la gestión, en cuanto a la cantidad de pruebas realizadas y la instalación de laboratorios a nivel nacional.

El Ministerio de Salud, mediante nota con CITE: MS/DPCH/CE/802/2020, fecha de recepción de 1° de junio de 2020, adjuntó informe técnico MS/VMSyP/DGSS/IT/37/2020 sobre los laboratorios implementados a nivel nacional para el diagnóstico de COVID-19. Al respecto, en el meritado informe señala que a nivel nacional se cuenta con dos laboratorios de referencia

<sup>183</sup> [https://www.antena3.com/noticias/mundo/la-oms-pide-a-todos-los-paises-hacer-test\\_202003165e6fb05d-77b6810001ac41f6.html](https://www.antena3.com/noticias/mundo/la-oms-pide-a-todos-los-paises-hacer-test_202003165e6fb05d-77b6810001ac41f6.html)

nacional y laboratorios departamentales, según la Resolución Ministerial N° 0936 de 16 de diciembre de 2005. Así también se designó para el diagnóstico molecular al Centro Nacional de Enfermedades Tropicales (Cenetrop), porque cuenta con la técnica de RT-PCR en tiempo real para la detección del COVID-19, siendo el único laboratorio autorizado a nivel nacional.

En cuanto al diagnóstico molecular del COVID-19, solamente se contaría con tres laboratorios, el Centro Nacional de Enfermedades Tropicales (Cenetrop), el Instituto Nacional de Laboratorios de Salud (Inlasa) y el Laboratorio de Referencia Departamental de Cochabamba.

De igual forma, señalan que se evaluaron laboratorios en forma conjunta con los Servicios Departamentales de Salud (Sedes), que puedan realizar el diagnóstico molecular a través de la prueba de PCR-RT y que se estaría trabajando para asegurar cuatro áreas mínimas de procesamiento (área de extracción, recepción, preparación y amplificación), en ese sentido, se identificó a los Laboratorios DM - 5 REMANZO del departamento de Santa Cruz, Hospital Pedro Claver del departamento de Chuquisaca, Laboratorio Departamental de Tarija y el Laboratorio de Referencia Departamental de Sedes Beni.

En cuanto a los laboratorios GeneXpert a nivel nacional, informaron que no existían las condiciones mínimas para su instalación, por lo que se realizó remodelaciones de áreas para implementarlos y se identificó los siguientes laboratorios para el diagnóstico molecular mediante el GeneXpert de COVID-19, SEDES/Lab epidemiología de Trinidad, Hosp. Riberalta y Hosp. Rurrenabaque, los tres pertenecientes al departamento del Beni, Hospital del Sur del departamento de Cochabamba, CRA de El Alto e Inlasa de La Paz, Hospital III nivel de Cobija del departamento de Pando, Hospital Bracamonte del departamento de Potosí, Hospital San Juan de Dios del departamento de Oruro y DM – 5 Remanso del departamento de Santa Cruz, en total 10 laboratorios.

De igual manera, esta Cartera de Estado informó mediante nota MS/VMSyP/CE/761/2020 con fecha de recepción de 7 de septiembre de 2020 suscrita por el Asesor del Viceministerio de la Salud y Promoción, remite el Informe Técnico MS/INLASA/UIP/IT/28/2020 suscrito por la Jefa de la Unidad de Planificación de Inlasa, en la que informa que para el 29 de junio el Laboratorio de Virología del Inlasa tiene una capacidad de respuesta de 200 muestras/día con dos equipos termocicladores; sin embargo, en las últimas semanas las recepciones demuestran que han llegado a un promedio de 600 +/- 200/ día, provocando un retraso de entrega de resultados de 96 horas; sin embargo, refiere que se habría elaborado un plan de contingencia en caso de que las muestras asciendan a más cantidad, con la integración para el diagnóstico del Laboratorio de Inmunología y el Laboratorio de Genética Molecular.

Al respecto, la Defensoría del Pueblo durante septiembre realizó entrevistas a los directores técnicos de los Sedes a nivel nacional, con el objetivo de conocer la instancia responsable de la dotación de pruebas y reactivos, la cantidad total de pruebas realizadas desde marzo, con un detalle de cada día, el tiempo que se necesita para el procesamiento hasta la comunicación del resultado al paciente, la fecha de instalación de laboratorios en el departamento, incluyendo el área rural, y los que estarían en funcionamiento y finalmente si tuvieron problemas para una oportuna toma de pruebas y obtención de resultados. De lo informado, se obtuvo lo siguiente:

En La Paz, la autoridad entrevistada manifestó que la Unidad de Epidemiología y el comando dependiente de epidemiología del Sedes sería la responsable de la dotación de pruebas y reactivos. Respecto a la cantidad de pruebas, se alcanzó desde su gestión un total de 80.000 pruebas tomadas, respecto al tiempo de procesamiento señaló que es un “peloteo entre Inlasa y el Sedes”, además que el problema es de Inlasa toda vez que ellos programaban la toma de pruebas y la respectiva toma hasta en 24 horas y, en la época de colapso, el procesamiento tuvo un retraso de hasta un mes, y el resultado era enviado en otro mes, situación que habría causado molestia por parte de la población con su institución. En cuanto a laboratorios instalados, señaló al Inlasa, CNS, Seladis y Milamen; sin embargo, la estrategia nacional está en el Inlasa. Finalmente, en cuanto los problemas de la toma de pruebas y reactivos, refirió que se debería preguntar a Inlasa, toda vez que el gran problema fue el procesamiento.

En Oruro, la instancia responsable de gestionar los reactivos es la Coordinación Departamental de Laboratorios (Codelab), como ente rector departamental realiza actividades de dotación de pruebas y también coordina con municipios, en cuanto a la toma de pruebas por hisopado (nasofaríngeo y orofaríngeo) para PCR-RT, en total fueron 12.101 y al inicio de la pandemia se enviaban las muestras al laboratorio Inlasa, además que por donación KOICA/OPS el laboratorio de biología molecular del Hospital General de San Juan de Dios, realizó 5.000 pruebas, de las cuales 2.000 se entregó al centro de aislamiento municipal para la atención de la población y 3.000 al Hospital San Juan de Dios. El Ministerio de Salud les donó 3.000 pruebas. Con relación al tiempo para el procesamiento y entrega de resultado, es de 48 a 72 horas, además existió problemas con el laboratorio de referencia departamental, por lo que tuvieron un retraso en los reportes de hasta un mes, el colapso de los laboratorios impidió cumplir con los tiempos, actualmente se los brinda entre las 24 a 48 horas. No se habrían instalado laboratorios en el área rural y los principales problemas a nivel departamental fueron la “automedicación, población asintomática, idiosincrasia de la población y estigmatización de las personas”.

En Potosí, a nivel nacional les dotaron cartuchos GENXPRT, a nivel local contaban con otro laboratorio por gestión de la gobernación para la toma de pruebas PCR; sin embargo, tuvieron problemas toda vez que se registró carencia de pruebas y no estaban disponibles en el mercado para su compra directa, por lo que la compra era a través del Ministerio de Salud, empero no les entregaron las cantidades solicitadas a nivel departamental. Actualmente, tienen tres laboratorios funcionando y en total entre pruebas PCR y rápidas a nivel departamental realizaron 4.362, con un promedio por día de 27 pruebas. Las pruebas rápidas en tamizaje alcanzaron 2.400 tomas. La fecha de puesta en funcionamiento de los laboratorios data del 6 de junio de 2020 en la ciudad de Potosí y posteriormente en los municipios de Betanzos, Uyuni, Villazón y Tupiza. La autoridad entrevistada concluyó que la alta demanda de atención fue insostenible, que además la CNS no cuenta con un laboratorio y que el nivel central habría priorizado la entrega de estos insumos para los departamentos de Beni y Santa Cruz. Por lo que no se habría garantizado una “atención debida por la nacional”. Otros problemas fueron la tardanza que se originaba por el envío de pruebas al laboratorio a Inlasa de La Paz y que la Caja Nacional de Salud no realizó una atención oportuna y no contaban con pruebas para sus asegurados.

En Cochabamba, la instancia responsable para la dotación de pruebas y reactivos, por el costo y modalidad de compra, es el Ministerio de Salud, en total se tomaron 33.902 pruebas PCR, que

no pudieron detallarse por día, siendo el pico más alto en la segunda semana de junio hasta la segunda semana de julio. Del total de pruebas, se obtiene que 13.563 confirmados, 19.223 descartados y registraron 1.116 fallecimientos, en cuanto al tiempo del procesamiento de las pruebas, las PCR en tiempo real demoran 45 minutos a una hora, la PCR convencional entre 4 a 8 horas, dependiendo de los kits de extracción y replicación. En cuanto la entrega de resultados a los pacientes, tuvieron problemas con el tiempo de procesamiento y en el reporte, toda vez que el Ministerio de Salud en mayo solicitó que ingresen la información respecto a las pruebas realizadas al *software* del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, en julio la comunicación de resultados a los pacientes demoró hasta 20 días. En cuanto a la puesta en funcionamiento, data del mes de abril mediante Resolución Ministerial que aprobaba al laboratorio de referencia departamental del Sedes, en el área rural desde agosto se otorgó financiamiento a Quillacollo para la región andina, Punata para la región de valles, Mizque para la región del Cono Sur e Ivirgarzama para la región del Trópico para que implementen laboratorios regionales, estos municipios tienen el plazo de 120 días para la adjudicación y puesta en funcionamiento. Finalmente tuvieron problemas por el “estigma social que surgió en la población y el miedo a sufrir represalias a los primeros pacientes como en Santa Cruz, Oruro y Punata”, así también los “(...) insumos y reactivos limitados, porque el Gobierno Central realizó compras en poca cantidad y envió a Beni la mayor cantidad (...)” y la falta de laboratorios, señaló la autoridad entrevistada.

En Chuquisaca, la autoridad que brindaba pruebas y reactivos inicialmente fue el Ministerio de Salud, de igual manera el GAD adquirió una gran cantidad de lotes de pruebas rápidas y reactivos PCR, en total de las pruebas PCR, hasta el 26 de septiembre de 2020, 6.839 fueron confirmados y 6.946 descartados. En cuanto a las pruebas rápidas, fueron usadas 3.000, respecto a los tiempos, en casos urgentes es de 24 horas y 48 horas para los demás. Los laboratorios PCR son dos en la ciudad de Sucre, en mayo se implementó en el Hospital San Pedro Claver y en agosto en el Hospital Santa Bárbara. Sin embargo, fue insuficiente la cantidad de insumos y reactivos.

En Tarija, los medios de transporte viral para la toma de muestras de PCR estaba en responsabilidad del laboratorio de referencia del Sedes y en cuanto a las pruebas rápidas IgM-IgG SARS-COV2, tenía a la coordinación de redes de salud del Sedes bajo su responsabilidad, se realizaron aproximadamente 16.000 pruebas hasta el 24 de septiembre de 2020 y la comunicación de resultados al paciente tardaría entre 24 a 48 horas, bajo el siguiente procedimiento, inicialmente la ficha epidemiológica se llena en los centros de salud, que envían a epidemiología de Red Cercado de manera diaria, posteriormente se cita al paciente para toma de muestra al día siguiente de la notificación, una vez que se toma la muestra se envía al laboratorio de referencia departamental en el mismo día, se procesa la muestra si llega hasta antes de las 14.00 en el mismo día, el resultado se publica al equipo de epidemiología hasta horas 20.00. Las listas de positivos se envían a los centros de salud hasta las 10.00 del día siguiente para comunicar a los pacientes los resultados y actualmente, es dos días en promedio el tiempo que tarda desde el llenado de la ficha, hasta la lectura del resultado al paciente. El único laboratorio departamental es el del Sedes y fue implementado el 12 de mayo de 2020. Finalmente, el mayor problema fue la falta de reactivos ante la demanda mundial; sin embargo, “a nadie se ha dejado sin atención” señaló la autoridad, además dijo que en el pico más alto de reporte de sospechosos de COVID-19 tuvieron problemas con datos erróneos sobre dirección y/o teléfono celular del paciente sospechoso, que impidió

realizar citación para la toma de muestras, además la capacidad limitada del termociclador, que llegó solamente a 180 pacientes por día.

En Santa Cruz, la institución encargada de entregar pruebas y reactivos fue el Ministerio de Salud, el GAD implementó dos laboratorios en el Hospital Remanzo y el de la maternidad, pese a que no se encontraba en sus competencias. En cuanto al total de pruebas, se realizaron 20.000 PCR y 17.000 rápidas, y el tiempo de comunicación al paciente es entre 24 a 48 horas, los laboratorios habilitados fueron en los Hospitales Centinela, el Hospital Remanzo se inauguró en abril, la Caja Nacional de Salud, en abril, el Hospital de Maternidad Percy Boland en julio y la Caja Petrolera de Salud, en junio. Finalmente, en cuanto a los problemas que atravesaron fueron la falta de insumos y reactivos.

En Pando, en cuanto la dotación al laboratorio GeneXpert, fue el Ministerio de Salud la instancia que les dotó de insumos, ahora los reactivos para el funcionamiento de laboratorios dependen de la instancia de competencia que tengan las ETA's. Respecto a los tiempos de procesamiento, inicialmente tuvieron problemas, específicamente desde marzo hasta mayo, porque tenían un retraso de hasta 10 días, toda vez que enviaban al interior del país. No obstante, cuando les dotaron de pruebas para GeneXpert, se procesaban e informaban en el día, en junio llegó el primer lote de este tipo de pruebas. Una debilidad que persiste es la falta de laboratorio en el área rural, todo el departamento se concentra en Cobija, en algunos casos, les envían por avioneta, finalmente otro problema es la falta de disponibilidad de reactivos de GeneXpert y PCR.

De igual forma, se realizaron verificaciones defensoriales en laboratorios públicos COVID-19, a efectos de constatar la fecha de puesta en funcionamiento, los problemas por los que atraviesa, si cuentan con reactivos suficientes, la cantidad de pruebas que se procesan por día, el total de pruebas procesadas y de estos cuántos fueron positivas, la fecha de cuándo existió mayor demanda y finalmente qué acciones se adoptaron ante el colapso emergente a la crisis sanitaria por COVID-19. Al respecto se obtuvo lo siguiente:

El laboratorio Inlasa de La Paz estuvo en funcionamiento anteriormente a la pandemia, pero desde el 15 de agosto de 2020 fue designado exclusivo COVID-19. En cuanto a los problemas que atravesaron, se considera la falta de personal especializado, biólogos moleculares, falta de equipos, problemas con la importación debido al cierre de fronteras, entre otros. No existió carencia de reactivos, el retraso se originó por que solamente tenían dos equipos y recién a finales de junio adquirieron dos más, diariamente procesaron 500 a 1.200 pruebas hasta el 15 de septiembre de 2020, empero debido a la baja de demanda, se redujo a 50 diarios. Del total de pruebas realizadas, 41.472 fueron negativas y 10.818 fueron positivas, los meses de mayo, junio y julio existió mayor demandada y, finalmente para lidiar con este colapso, aumentaron el grupo de personal por turno, se tomó mayor resguardo y limpieza con equipos especializados, a través de una unidad desconcentrada, con personal a contrato.

El Laboratorio Biomolecular del Hospital General San Juan de Dios de Oruro funciona desde el 10 de junio de 2020, allí tuvieron problemas con los equipos donados por el Viceministerio de altas Tecnologías Energéticas de Austria para Bolivia. Estos equipos estaban programados para su entrega en abril; sin embargo, no llegaban ni los insumos, ni reactivos, la entrega fue

por lotes. En cuanto a los reactivos, fueron donados por el Ministerio de Salud y por el Hospital San Juan de Dios con recursos propios, 4.000 pruebas por parte de este ministerio y 1.600 por parte del referido hospital, (con un costo aproximado de Bs 100.000). Cuentan con el sistema SIVE del Ministerio de Salud, además es complementado en planillas de Excel (provincias), una vez sistematizados por SEDES son remitidos a Epidemiología y Ministerio de Salud, la capacidad es de 134 muestras por el termociclador, de GeneXpert, la capacidad es 1 hora de diagnóstico y se toma hasta cuatro por hora, la MIC-PCR procesa 48 muestras en 1 hora y 30 minutos y en total alcanza a 1.571 muestras GeneXpert de las cuales 594 fueron positivas, de las PCR se tomaron 1.889 muestras y 467 dieron positivo. Durante agosto, se alcanzó el pico más alto, toda vez que por ser laboratorio de referencia departamental realizan atención en el área urbana y rural, Seguro Social Universitario, Caja Nacional de Salud, Caja Bancaria Estatal y Caja Bancaria Privada, el Centro de Aislamiento del Gobierno Departamental de Oruro – COVID-19, el Centro de Aislamiento COVID-19 del Gobierno Municipal de Oruro y el Centro de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria Oruro (CIESO) Centro de Inteligencia. Para lidiar con este colapso, aumentaron las horas de atención hasta 18 por día en junio, actualmente trabajan 12 horas diarias, se solicitó aumento de personal y lograron contratar cuatro bioquímicos, además realizaron solicitudes al Ministerio de Salud desde marzo y esta Cartera de Estado incumplió su compromiso.

El laboratorio del Hospital Daniel Bracamonte de Potosí está funcionando desde el 6 de septiembre de 2020, tuvieron problemas por la falta de personal debido a bajas médicas por casos positivos de COVID-19, de los 50 que cuentan en laboratorio, 10 son personal a contrato, tuvieron abastecimiento de pruebas Elisa, con un promedio de 11 pruebas diarias, de conformidad con la demanda, en total son 2.017 pruebas Elisa y 14 pruebas rápidas realizadas. De las pruebas Elisa 111 fueron positivas, desde que iniciaron cuentan con una alta demanda y el laboratorio se dividió en dos, uno en el Hospital Bracamonte y el otro en el Centro COVID-19 de la calle Sevilla.

El laboratorio departamental de referencia del SEDES de Cochabamba funcionó desde el 20 de marzo de 2020, fecha en la que recibían muestras y eran remitidas al Cenetrop de Santa Cruz, recién desde el 3 de abril de 2020 empezaron a procesar independientemente. Los problemas que tuvieron fueron la falta de infraestructura adecuada, falta de equipamiento, trabajaron con equipos prestados (termociclador, centrifugas y refrigeradores.) y falta de personal; en cuanto a los insumos, tuvieron problemas ante la carencia de los mismos, toda vez que no llegaban constantemente por las restricciones en cuarentena rígida, contaban con reactivos limitados, 1.000 con filtro y capas para PCR, en época alta, meses de junio y julio procesaban 450 pruebas por día, actualmente realizan entre 60 y 80 pruebas diarias, en total procesaron 20.610 pruebas. El pico más alto fue en julio y para lidiar con ello se cambió a los responsables y administradora del laboratorio, ésta reorganización incluyó incorporación de más técnicos para la pandemia.

En laboratorio del Hospital del Norte de Cochabamba, entró en funcionamiento en junio de la presente gestión, cuando remitían las pruebas al laboratorio de referencia departamental y en julio empezaron independientemente. Entre los problemas, no se implementó su funcionamiento anteriormente porque no tenían recursos económicos, no contaban con reactivos, por lo que sólo tomaban muestras, ahora realizan pruebas rápidas. En total realizaron 100 muestras, tuvieron mayor demanda en los meses de junio y julio, no registraron ningún colapso. En el laboratorio del



Hospital del Sur de Cochabamba, en julio de 2018 se implementó el laboratorio, recién en mayo de 2020 se empezó a realizar pruebas de COVID-19, entre sus problemas les faltó material de bioseguridad y reactivos, actualmente procesan entre 10 a 15 por día y en total procesaron 501 pruebas PCR y 260 pruebas rápidas, alcanzando su pico en junio.

El laboratorio del Hospital Cuschieri de Colcapirua de Cochabamba funcionó desde julio con pruebas rápidas, no tuvieron problemas en cuanto a los reactivos, excepcionalmente no pudieron adquirir pruebas PCR, el periodo de mayor demanda fue en julio y se realizó distribución de estas pruebas rápidas en cinco centros de salud para evitar largas filas y aglomeración en el referido hospital.

El laboratorio del Hospital San Pedro Claver de Chuquisaca funcionó desde el 11 de mayo de 2020, anteriormente se enviaba a Inlasa y/o Cenetrop. Tuvieron inconvenientes por falta de personal, contrataron personal eventual que reclamaba los salarios bajos, además problemas con la infraestructura, solamente dos semanas tuvieron inconvenientes por falta de reactivos, actualmente están adquiriéndolos, en septiembre se alcanzó hasta 120 pruebas por día, anteriormente esta cantidad subió a 300 a 400 diarios, haciendo un total de 12.700 pruebas realizadas, de las cuales 3.850 fueron positivas y 8.850 negativas. El pico se desarrolló en los meses de junio, julio y agosto. El protocolo del Sedes y Ministerio de Salud indican que podría haber retraso en el reporte, los resultados debieran salir máximo en 48 horas del laboratorio; sin embargo, tropezaban con el mal llenado de datos de pacientes en centros de salud, por lo que no sabían dónde notificar a pacientes positivos, actualmente emiten resultados en 5 horas, además atendían pruebas de la CNS y otros seguros.

El Laboratorio Departamental de Referencia de Tarija entró en funcionamiento el 12 de mayo de 2020. Tuvieron dificultades en la disponibilidad de reactivos e insumos debido a la alta demanda, actualmente cuentan con estos insumos. La solicitud de pruebas es variable, entre 20, 40, 100 y 400, dependiendo de la demanda de pacientes, se procesaron en total aproximadamente 16.000 hasta el 24 de septiembre de 2020; sin embargo, no indicaron cuántos fueron positivos. En los meses de julio y agosto fue el pico y se incorporó personal para atender la demanda.

El laboratorio del Hospital Regional San Juan de Dios de Tarija funcionó desde el 30 de marzo de 2020. Entre los problemas que tuvieron, se encuentra la falta de equipos y personal, falta de reactivos e insumos, contagio del personal y maltrato de pacientes y familiares al personal médico. Cuentan con reactivos pero no realizan pruebas PCR, realizan pruebas rápidas, en total fueron 5.237 de las cuales 739 dieron positivas, en las pruebas PCR de pacientes del hospital fueron 834. En los meses de junio, julio y agosto fue el mayor pico y tuvieron que doblar horas de trabajo del personal y también atendían casos de las cajas y clínicas privadas.

El laboratorio del Hospital Japonés de Santa Cruz entró en funcionamiento en marzo, cuando tomaban pruebas y eran remitidas al Cenetrop y al Hospital del Remanso. Tuvieron problemas por la falta de capacitación en temas de bioseguridad, inicialmente tenían pruebas PCR y ahora sólo pruebas rápidas, tomaban 20 por día y 12 de las PCR, en total suman 586, de las PCR de las cuales 247 dieron positivo y 339 fueron negativas. La mayor demanda se dio en junio, julio y agosto.



El laboratorio Cenetrop de Santa Cruz entró en funcionamiento el año 1974, con el equipo PCR convencional funciona desde el año 1995 y para COVID-19 desde el inicio de la pandemia. Inicialmente registraron 800 pruebas diarias y actualmente de 130 a 150 diarios, en total procesaron 48.050 pruebas, de las cuales 22.682 dieron positivas para COVID-19. El periodo de mayor demanda fue desde marzo hasta junio y tuvieron que enviar cartas de reclamo al Ministerio de Salud y lamentablemente tuvieron que declarar públicamente la emergencia ante el colapso.

En el laboratorio del Hospital Presidente Germán Busch de Beni, no hubo corte de funcionamiento, tuvieron problemas en la dotación de insumos; sin embargo, hicieron gestiones. Ahora, el conflicto es la baja médica del personal médico, sí cuentan con insumos y reactivos, y tienen una demanda de 45 a 50 pacientes por día, con toma de pruebas de 10 a 12 diarios, solamente en septiembre atendieron a 1674 pacientes y en mayo y junio tuvieron el pico más alto. Actualmente, el problema es que necesitan contratar mayor personal de salud y el Laboratorio de Sedes Beni tuvo problemas con la excesiva cantidad de pruebas para procesar, y no dieron mayor información.

El Laboratorio del Sedes de Pando entró en funcionamiento el 3 de junio de 2020. Actualmente, el laboratorio funciona provisionalmente en un espacio (área de medicina transfusional) del Hospital de 3er. Nivel "Hernán Mesutti R." Esta determinación fue asumida y avalada por el COED de forma verbal, ya que no existe instructivo, resolución u otra disposición escrita, y sólo se respaldaron en el D.S. 4205 de 01.04.2020, que dispone que las ETA's deben responder de forma prioritaria ante la contingencia de la pandemia. Antes del 03.06.2020, todas las pruebas eran recibidas en el Sedes y se enviaba a Cenetrop de Santa Cruz y a La Paz. En cuanto a las pruebas se recibía las muestras de todos los establecimientos de salud, sean públicos, privados o del seguro social de salud. Tanto los reactivos como el servicio de laboratorio tienen carácter de gratuidad para todas las personas, es decir que no tiene ningún costo. No se contaba con equipos, materiales ni reactivos, pero a través del Ministerio de Salud, les dotaron. El personal que fue contratado por tres meses ha concluido su trabajo y se retirará, así como también existe personal a quienes se les adeuda su salario. Los equipos son antiguos y existe demora en la adquisición de materiales de trabajo. El Sedes pretendía adquirir pruebas PCR y un equipo para serología cuantitativa; sin embargo, la licitación pública fue declarada desierta por inexistencia de proponente y no realizaban las pruebas cuando las muestras no contenían la cantidad insuficiente de sangre, estaban mal rotuladas o mal llenadas la ficha epidemiológica del paciente ni subida al sistema SIVE. Actualmente, cuentan con 970 pruebas, el Ministerio de Salud se comprometió a la dotación de 2.300 pruebas. En junio rocesaban 40 pruebas por día, cuatro por hora, actualmente se procesa 15 por día, debido a la baja demanda, hasta agosto se procesaron 1.152 pruebas, de las cuales 567 fueron positivas, en el mes de septiembre se realizaron 96 y 26 dieron positivas. El periodo de pico fue en junio y en este periodo se trabajó 24 horas continuas.

De igual manera, la Defensoría del Pueblo realizó verificativos a los laboratorios dependientes de los establecimientos de salud de la Seguridad Social a corto plazo a nivel nacional, de lo cual se obtuvo la siguiente información:

El Laboratorio del Policonsultorio del Hospital 9 de abril de la Caja Nacional de Salud de La Paz funciona desde el 9 de marzo de 2020, como laboratorio COVID-19 desde mediados de agosto de forma exclusiva. Entre los problemas registrados, se encuentra la falta de transporte para las muestras, falta de recojo de empaques e insumos para la toma de pruebas, falta de isopos, el llenado y subida de datos a los sistemas digitales, más copias de la hoja de epidemiología, además que el sistema se “colgaba”, tomaban entre 30 a 35 pruebas diarias en los meses de mayo, junio y julio, en agosto se redujo a 20 por día, debido a que el personal tenía bajas médicas por contagio. Además, cuando las pruebas no cuentan con datos generales, eran recogidos por la CNS regional y reportados a Epidemiología, y por temas de confidencialidad no llevan los resultados. El pico se registró en abril hasta julio y para contrarrestar esta situación solicitaron mayor dotación de ambientes, de material de bioseguridad e insumos.

El Laboratorio del Policlínico de atención integral de servicio de especialidades (PAISE) de la Caja Nacional de Salud de la ciudad de El Alto se puso en vigencia desde el 14 de abril de 2020. Tuvo inconvenientes con la demanda alta de pacientes, toda vez que todos consideraban que se encontraban contagiados, lo que denota falta de información para los asegurados. Actualmente, realizan pruebas rápidas de antígeno nasal, prueba de anticuerpos IGG y IGM, y otra prueba de cuantificación de quimioluminiscencia y las PCR, cuenta con insumos para cada una de estas pruebas. En cuanto a los tiempos, realiza 30 por día de antígeno nasal, 30 a 35 por día de pruebas de anticuerpos IGG y IGM y Quimioluminiscencia, 50 a 55 pruebas PCR por día. El dato del total de pruebas realizadas las reportan al Sedes y es la Unidad de Epidemiología que sistematiza. Respecto al pico más alto, se dio en los meses desde junio hasta agosto y para lidiar con ello trabajaron de manera ardua.

El Laboratorio del Hospital Obrero N° 4 de Oruro está funcionando desde el inicio de la pandemia, donde sólo se extraía muestras a los asegurados y se enviaba al Centro de Aislamiento Municipal CAM. En la actualidad, mediante convenio interinstitucional se envía al Hospital General San Juan de Dios, por intermedio del Sedes. En cuanto a los problemas, se tuvieron en la toma de sangre, de igual manera con los medios de transporte, (tubos) que no abastecían, no cuentan con insumos, sólo proceden a la extracción de muestras, no al procesamiento de las mismas, y recién en octubre tendrían un Laboratorio Biológico Molecular propio. En el pico, se tomaron 97 muestras por día y actualmente entre 20 a 25, el pico fue en junio, julio y parte de agosto, situación por la cual contrataron personal, entre ellos tres profesionales bioquímicos y tres técnicos. El total del personal se encontraba cansado por las extensas jornadas de trabajo.

El Laboratorio de la Caja Nacional de Salud de Potosí inició con pruebas Elisa desde el 23 de julio de 2020, en cambio las pruebas PCR desde el 1 de agosto de 2020. En cuanto a los problemas, existió alta demanda de solicitudes de muestras y se presentaron bajas del personal de laboratorio, de 20 funcionarios, dos son a contrato. Actualmente, cuentan con reactivos para las pruebas, el desabastecimiento fue entre el 29 de julio y el 3 de agosto, pero lograron regularizar. De las pruebas Elisa, existe un promedio de 80 pruebas por día y de las PCR un promedio de 96 diarios, alcanzando un total de 2.426 pruebas Elisa y 1.686 pruebas PCR. El pico fue durante los meses de julio y agosto, y ante esta situación adquirieron un nuevo equipo para el análisis de las pruebas que se puso en funcionamiento desde el 1° de agosto de 2020.

El Laboratorio del Hospital Obrero N° 2 de la Caja Nacional de Salud de Cochabamba entró en funcionamiento desde el 1° de abril de 2020 con las pruebas rápidas y desde el 4 de julio de 2020 realizando pruebas PCR. El principal problema que atravesaron fue el aprovisionamiento de reactivos, por lo tanto se limitaron las pruebas rápidas de anticuerpos durante el colapso. Actualmente, no cuentan con los reactivos necesarios debido a que se encuentran en proceso de adquisición, por día procesan 50 PCR y alrededor de 100 pruebas rápidas, desde el 4 de julio de 2020, realizaron 5.652 pruebas de las cuales el 60% dio positivo para COVID-19. El pico más alto fue durante julio hasta agosto, por lo que tuvieron que mejorar el procesamiento de pruebas, por orden de ingreso, con excepción de pacientes críticos, coordinaron dotación de reactivos para dar una mejor atención y entrega oportuna. Finalmente, duplicaron turnos para cubrir la demanda.

El Laboratorio de Tarija entró en vigencia desde marzo, el principal problema fue que era laboratorio de primer nivel, pero se gestionó e implementó para su funcionamiento, realizando toma de muestras e hisopados que son enviados al Sedes. Llegó a atender a 70 y 80 personas, actualmente procesan pruebas entre 40 por día.

El Laboratorio de la Caja Petrolera de Salud de Santa Cruz se encuentra en funcionamiento hace más de 30 años. Entre los problemas que atravesaron, es que aún deben continuar con procesos de compra, cuando estos insumos no están en el mercado, y algunos procesos fueron declarados desiertos dentro de las licitaciones. Actualmente, cuentan con serologías para hacer PCR; sin embargo, les falta algunos insumos, en un promedio diario realizan entre 200 pruebas IgG –IgM, y hasta el 26 de agosto realizaron 1.791 pruebas PCR y 6.139 pruebas rápidas, llegando al pico más alto en los meses de junio y julio, por lo que tuvieron que agilizar compras desde el nivel central y contrataron personal de apoyo para el laboratorio.

El Laboratorio del Hospital Obrero N° 8 de la Caja Nacional de Salud de Beni funciona desde que empezó la emergencia nacional, mediante un comité de respuesta rápida, se formó un equipo de toma de muestras para pacientes sospechosos y altamente sospechosos de COVID-19. Los problemas que tuvieron fue la falta de stock de insumos, los medios de transporte viral para la toma de muestras, para el procesamiento de pruebas PCR se precisaban laboratorios especializados, en el caso del Beni se las hace en el laboratorio del Sedes, pero hubo una época que no se contaba con pruebas y posteriormente el acceso a las pruebas rápidas, que no estaba autorizado la toma de estas por el Ministerio, si bien había en el mercado de todas las industrias no se contaba con el permiso ministerial. Otro problema que tuvieron fue que el personal se contagió, por lo que debieron contratar mayor personal,

Finalmente, el Laboratorio del Hospital Obrero N° 9 de Pando no funcionó como un laboratorio COVID-19, no procesaron las muestras en sus instalaciones, su personal de laboratorio procedió a la toma de muestras de todos sus pacientes una vez llenada la ficha epidemiológica y posteriormente las trasladaban al laboratorio del Sedes. En cuanto a los problemas, tuvieron que organizarse brigadas compuestas por un médico, un bioquímico y un epidemiólogo, ya que realizaban esa labor casa por casa, no pudieron implementar un laboratorio COVID-19, ya que el mismo debe ser un laboratorio de biología molecular. No cuentan en el departamento con personal capacitado para el tratamiento de pruebas, además no contaban con infraestructura, en cuanto a los insumos y reactivos en abril 2020. La CNS compró medios de transporte (tubos

para toma de muestras), actualmente cuentan con reactivos para prueba rápida y medios de transporte (tubos para toma de muestras). Desde el 14 de agosto de 2020, implementaron pruebas rápidas para detectar anticuerpos como parte del seguimiento a los afiliados que cursaron la enfermedad y se encuentran preparando una sexta fase que consiste en la detección de antígeno, y se encuentran a la espera de la dotación de los requerimientos de adquisición. En agosto realizaron entre 15 y 20 toma de muestras por día, en septiembre se redujo de 10 a 12 por día. El pico se registró en marzo, cuando fueron casa por casa, y en los meses desde abril hasta julio para la toma de muestras, ante esto tuvieron que contratar mayor personal de apoyo; sin embargo, sus contratos ya concluyeron.

Para considerar esta información, se debe tomar en cuenta que en abril del presente año, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó que, para poder controlar y mitigar los brotes de infección de forma rápida y efectiva, la proporción de tests que salen positivos debería ser menor al 10%.<sup>184</sup>

Bajo esta lógica, de la revisión de lo publicado por medios de prensa se reporta que, al menos, en 20 oportunidades autoridades de gobierno informaron sobre la adquisición de test y pruebas. Durante febrero, el representante de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) afirmó que el país tendría la capacidad de confirmar casos de COVID-19, gracias a reactivos de procedencia China<sup>185</sup>. Además, el Ministerio de Salud informó sobre el arribo al país de reactivos para detectar casos de coronavirus y que iniciarán las pruebas de laboratorio en Santa Cruz.<sup>186</sup>

El Ministerio de Salud señaló que “el mes de marzo, en todo el país, solamente se realizaron 934, una cifra extremadamente baja, por una serie de razones...los siguientes días se tendrá la capacidad de realizar 236 pruebas por día, para llegar a por lo menos a 10.000 pruebas hasta el próximo mes.”<sup>187</sup>

En abril, el embajador de Ciencia, Tecnología e Innovación refirió que el país sería capaz de procesar 3.102 pruebas diarias del tipo PCR para diagnosticar COVID-19<sup>188</sup>, en cambio el Ministerio de Salud señaló que el país tendría la capacidad de procesar 1.342 pruebas diarias<sup>189</sup>, y que paulatinamente se tendría la suficiente holgura para aplicar las pruebas y que los nueve departamentos contarían con laboratorios para el diagnóstico del COVID-19<sup>190</sup>.

Al respecto, el jefe de la Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud informó que en abril se realizaron 100 pruebas de COVID-19 en Bolivia al día, respondiendo con lo “mínimo necesario”

<sup>184</sup> [https://www.who.int/docs/default-source/Coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencias-Coronavirus-press-conferen-ce-full-30mar2020.pdf?sfvrsn=6b68bc4a\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/Coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencias-Coronavirus-press-conferen-ce-full-30mar2020.pdf?sfvrsn=6b68bc4a_2)

<sup>185</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=444758](https://www1.abi.bo/abi_/?i=444758)

<sup>186</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=445095](https://www1.abi.bo/abi_/?i=445095)

<sup>187</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=449138](https://www1.abi.bo/abi_/?i=449138)

<sup>188</sup> <https://www.la-razon.com/sociedad/2020/04/16/gobierno-proyecta-realizar-3-102-pruebas-de-Coronavirus-al-dia-en-laboratorios-de-cinco-regiones/>

<sup>189</sup> <https://www.minsalud.gob.bo/4035-cruz-anuncia-que-bolivia-tendra-la-capacidad-de-procesar-1-342-pruebas-diarias-de-COVID-19-19>

<sup>190</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=448728](https://www1.abi.bo/abi_/?i=448728)

a la pandemia.<sup>191</sup> Para finales de ese mes, se reportó un promedio de 117 pruebas diarias<sup>192</sup>. De igual manera, se publicó un artículo que señaló que Bolivia realizaba 51 pruebas por cada 100.000 habitantes.<sup>193</sup> Finalmente, el Ministro de Salud informó que se habría quintuplicado la capacidad de respuesta de los laboratorios y que se llegaría a 5.000 pruebas por día.<sup>194</sup>

El biólogo molecular Álvaro Romero señaló en mayo que en Bolivia los datos que se contaban sólo cubrían un grupo de los tres que existen de personas infectadas con COVID-19, y al ser el país con menos pruebas por millón de habitantes de Sudamérica, “nuestras cifras no muestran lo que en realidad está ocurriendo”, cuestionó.<sup>195</sup> En cuanto a las pruebas privadas para detectar COVID-19, en la información obtenida mediante notas de prensa se constató que este tipo de pruebas serían las más caras de toda la región, entre un costo aproximado de Bs 880 a Bs 1.000.<sup>196</sup>

En junio, se realizó la entrega en Potosí y Oruro de 1.600 reactivos para toma de pruebas para el coronavirus COVID-19.<sup>197</sup> Por su parte, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) informó, el 27 de junio, que se consolidó la compra de 495.600 pruebas y que estos test llegarán al país, de forma progresiva, entre fines de junio y septiembre.<sup>198</sup> En el reporte epidemiológico de junio, las autoridades señalaron que se había realizado 32.486 pruebas para confirmar o descartar pacientes de COVID-19.<sup>199</sup> Sin embargo, Inlasa informó que hasta el 16 de junio se habrían procesado más de 45.000 pruebas.<sup>200</sup> Por su parte, la jefa de laboratorios del Sedes Tarija informó que en el laboratorio de la institución se realizaron 422 pruebas PCR desde que entró en funcionamiento en mayo.<sup>201</sup>

Durante julio, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), con apoyo del Gobierno de Canadá, entregó al Ministerio de Salud 5.000 pruebas para diagnosticar el COVID-19.<sup>202</sup> La Caja Nacional de Salud informó el 21 de julio sobre la adquisición de 100.000 pruebas rápidas que serían de alta sensibilidad para diagnosticar coronavirus.<sup>203</sup>

En agosto, se publicó en medios de prensa la adquisición de test y pruebas. El primer registro fue anunciado por la Asociación de Bancos Privados de Bolivia (Asoban), a través del Programa de las

<sup>191</sup> [https://eldeber.com.bo/pais/bolivia-realiza-unas-100-pruebas-de-COVID-19-19-por-dia-y-el-gobierno-admite-que-se-responde-con-lo-min\\_175489](https://eldeber.com.bo/pais/bolivia-realiza-unas-100-pruebas-de-COVID-19-19-por-dia-y-el-gobierno-admite-que-se-responde-con-lo-min_175489)

<sup>192</sup> <https://www.la-razon.com/sociedad/2020/04/25/bolivia-hace-117-pruebas-diarias-de-COVID-19-19-y-es-ultima-en-la-region-por-cada-millon-de-personas/>

<sup>193</sup> <https://muywaso.com/bolivia-sigue-siendo-el-pais-que-realiza-menos-test-en-sudamerica/>

<sup>194</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=449138](https://www1.abi.bo/abi_/?i=449138)

<sup>195</sup> <https://ahoradigital.net/2020/05/04/biologo-molecular-nuestras-cifras-no-muestran-lo-que-en-realidad-esta-ocurriendo-en-bolivia-solo-cuenta-con-datos-de-infectados-por-COVID-19-19-con-sintomas-graves/>

<sup>196</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/5/20/las-pruebas-privadas-de-COVID-19-19-en-bolivia-entre-las-mas-caras-de-la-region-256030.html>

<sup>197</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=450868](https://www1.abi.bo/abi_/?i=450868)

<sup>198</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=451898](https://www1.abi.bo/abi_/?i=451898)

<sup>199</sup> [https://eldeber.com.bo/santa-cruz/en-casi-tres-meses-bolivia-realizo-mas-de-32000-pruebas-de-COVID-19-19-pero-es-uno-de-los-paises-de-la\\_182302](https://eldeber.com.bo/santa-cruz/en-casi-tres-meses-bolivia-realizo-mas-de-32000-pruebas-de-COVID-19-19-pero-es-uno-de-los-paises-de-la_182302)

<sup>200</sup> <https://www.INLASA.gob.bo/2020/06/el-41-de-las-pruebas-de-laboratorios-en-bolivia-para-detectar-COVID-19-19-dieron-positivo/>

<sup>201</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=450876](https://www1.abi.bo/abi_/?i=450876)

<sup>202</sup> [https://www.boliviasegura.gob.bo/noticias\\_proc.php?Seleccion=278](https://www.boliviasegura.gob.bo/noticias_proc.php?Seleccion=278)

<sup>203</sup> <https://www.atb.com.bo/sociedad/cns-compr%C3%B3-100000-pruebas-r%C3%A1pidas-COVID-19-19-que-ser%C3%A1-Dan-de-alta-sensibilidad>

Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el 20 de agosto hicieron entrega al Ministerio de Salud de 90.000 test de diagnóstico PCR para la detección de COVID-19, además de una importante cantidad de insumos para laboratorio y equipos de protección personal para laboratoristas y personal sanitario.<sup>204</sup>

Respecto a los problemas relacionados a la falta de reactivos para la toma de pruebas, de la revisión de medios de prensa, se tiene que en abril se registró carencia de reactivos en Potosí, por lo que los resultados de las pruebas realizadas tendrían un retraso de hasta 3 días.<sup>205</sup> Los ciudadanos rompieron el silencio de la cuarentena con un cacerolazo, salpicado con incontables explosiones de petardos, en demanda de un laboratorio local de COVID-19.<sup>206</sup>

En julio, una brigada médica atendió bajo un puente en plena calle a cientos de personas que acudieron a realizarse pruebas de COVID-19 en Cochabamba.<sup>207</sup> De igual forma, a nivel nacional se registró que los reactivos de las pruebas PCR para COVID-19 escaseaban en Santa Cruz, Beni, La Paz, Pando y Cochabamba, situación que no permitía reflejar con claridad cuál es el impacto verdadero de la pandemia en los cinco departamentos.<sup>208</sup>

Durante agosto, el presidente del Colegio Médico de Potosí afirmó que la falta de reactivos para las pruebas de laboratorio COVID-19 afecta el registro de casos de coronavirus reportados por el Sedes de ese departamento.<sup>209</sup>

Al respecto, las primeras pruebas de detección de COVID-19 habrían llegado en febrero, mes en el que aún no se registraba ningún caso positivo; durante marzo, se habrían realizado un total de 934 pruebas, y que se mejoraría la capacidad diaria hasta 236 y que para abril se alcanzaría 10.000 pruebas. En cambio, el reporte epidemiológico advirtió que se acumularon 107 casos positivos y 590 descartados, por lo que se deduce un total de 697 pruebas hasta la culminación de ese mes.

En abril, autoridades nacionales señalaron en diversas oportunidades distintas capacidades de procesamiento de pruebas diarias, inicialmente 3.102 pruebas diarias, en otra oportunidad 1.342, además, se reportó que se tomó 100 pruebas por día y se aumentaría la capacidad a 117. Un estudio reveló que se realizan en total 51 pruebas por cada 100.000 habitantes. Finalmente, la misma cartera de Estado señaló que se llegaría a la capacidad de 5.000 pruebas diarias. En cuanto a los problemas, en el departamento de Potosí se registraron protestas por carencia de reactivos y pidieron apertura de un laboratorio para este departamento, En el reporte epidemiológico de ese mes, reportó 1.249 casos confirmados y 5.746 descartados, por lo que se deduce un total de 6.995 pruebas hasta la culminación de ese mes.

<sup>204</sup> <https://www.bo.undp.org/content/bolivia/es/home/presscenter/articles/2020/asoban-en-alianza-con-pnud-hacen-entrega-de-90-000-tests-y-equip.html>

<sup>205</sup> <https://www.la-razon.com/lr-article/potosi-aun-carece-de-reactivos-para-las-pruebas-sospechosos-esperan-3-dias-por-resultado>

<sup>206</sup> <https://www.elpais.cr/2020/05/22/con-cacerolazo-ciudad-boliviana-pide-laboratorio-de-COVID-19-19/>

<sup>207</sup> <https://www.efe.com/efe/america/sociedad/pruebas-de-COVID-19-en-plena-calle-bajo-un-puente-una-ciudad-boliviana/20000013-4296890>

<sup>208</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/7/28/por-falta-de-reactivos-datos-de-regiones-no-muestran-la-realidad-262657.html>

<sup>209</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=454833](https://www1.abi.bo/abi_/?i=454833)



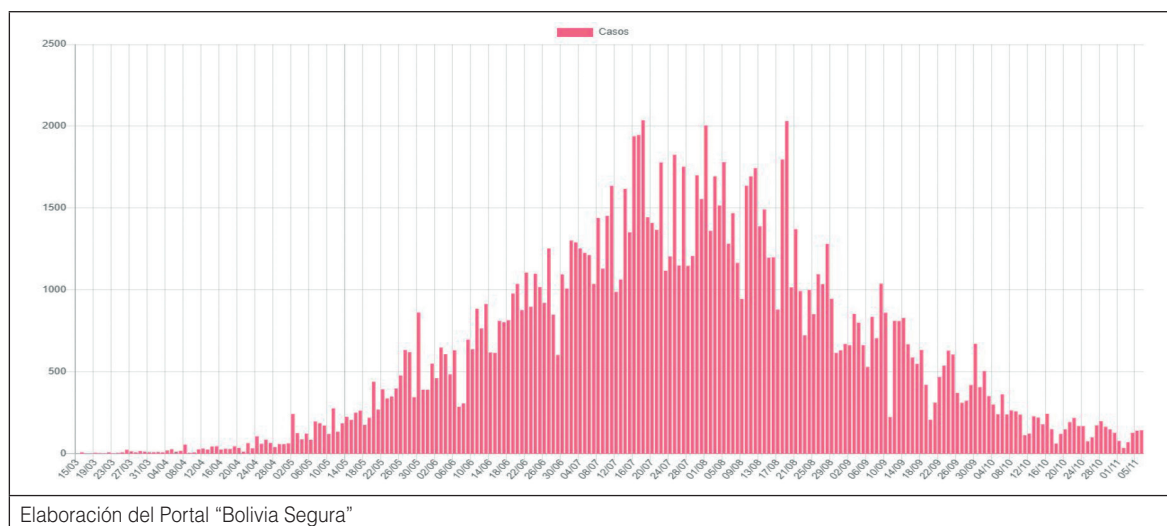
Durante mayo, no se registraron reportes de prensa relacionados a la adquisición de compra, o donación de pruebas o su capacidad de pruebas en total; sin embargo, el reporte epidemiológico de ese mes reportó 9.982 casos confirmados y 18.975 descartados, por lo que se deduce un total de 28.957 pruebas hasta la culminación de ese mes.

En junio, autoridades nacionales informaron sobre la compra de 495.600 pruebas que llegarían hasta septiembre, que hasta junio se habrían realizado 32.488. Por otro lado, Inlasa reportó más de 45.000, el reporte epidemiológico de ese mes señaló 33.219 casos confirmados y 42.247 descartados, por lo que se deduce un total de 75.466 pruebas hasta la culminación de ese mes. En los departamentos de Oruro y Potosí, se anunció la compra de 1.600 pruebas, el reporte epidemiológico señaló 949 y 674 casos positivos respectivamente. Finalmente, en el departamento de Tarija se habrían realizado 422 pruebas; sin embargo, el reporte epidemiológico señaló un total de 652 personas confirmadas en el referido departamento.

En julio, a nivel nacional se informó de la entrega de 5.000 pruebas por parte de Unicef y el Gobierno de Canadá, la CNS adquirió 100.000 pruebas de alta sensibilidad. En el departamento de Cochabamba, se registró la toma de pruebas en las calles, debajo de un puente y existió escasez de reactivos en los departamentos de Santa Cruz, Beni, La Paz, Pando y Cochabamba. Sin embargo, el reporte epidemiológico de ese mes señaló 76.789 casos confirmados y 73.681 descartados, por lo que se deduce un total de 150.470 pruebas hasta la culminación de ese mes.

Durante agosto, a nivel nacional se informó la entrega de 90.000 test por parte de Asoban y PNUD y el reporte epidemiológico de ese mes reportó 116.598 casos confirmados y 122.367 descartados, por lo que se deduce un total de 238.965 pruebas hasta la culminación de ese mes.

En cuanto a los nuevos casos por día, el portal “Bolivia Verifica – Sitio oficial del Gobierno de Bolivia sobre el COVID-19”<sup>210</sup> realizó gráficas en relación a nuevos casos por día, considerando la división por mes, se tiene el siguiente detalle de los días con mayor registro de casos positivos.



<sup>210</sup> <https://www.boliviasegura.gob.bo/datos.php>



En la gráfica se puede observar la cantidad de casos positivos por día, por tanto reflejaría la cantidad de pruebas diarias, sin considerar que el dato de pruebas realizadas por día no están publicadas. Bajo esta lógica, el 24 de abril se registró hasta 104 nuevos casos positivos, el día 30 de mayo hasta 861 nuevos casos positivos, el día 27 de junio hasta 1.253 nuevos casos positivos, el día 18 de julio se registró hasta 2.036 nuevos casos positivos por día, el día 19 de agosto se registró hasta 2.031 nuevos casos positivos, finalmente en septiembre, el registró más alto alcanzó el día 9 con 1.037 casos.

Estos datos demuestran que únicamente se alcanzó a superar el millar de pruebas realizadas durante los meses de junio, julio, agosto y septiembre, además se percibe irregularidad secuencial en cuanto al avance progresivo de los casos. Por ejemplo, los “bajones” del 7, 8 y 29 de junio, 7, 12, 13, 23, 24, 26, 28 y 29 de julio, 2, 6, 9, 17, 23, 30 y 31 de agosto y los días 6 y 11 de septiembre, que podrían deberse a dos situaciones: la primera la falta de reactivos para procesar muestras en los laboratorios y la falta de transparencia en relación a la capacidad de toma de pruebas por día.

En cuanto a la adquisición de laboratorios para la atención del COVID-19, en marzo se reportó que Bolivia sólo contaba con un laboratorio certificado para realizar las pruebas de detección del coronavirus<sup>211</sup>. El Viceministro de Salud y Promoción informó que el Gobierno nacional tenía previsto habilitar 15 laboratorios para diagnosticar el coronavirus a nivel nacional.<sup>212</sup> Además, el Gobierno Central informó sobre la instalación de tres nuevos laboratorios en los departamentos de Chuquisaca, Tarija y Santa Cruz.<sup>213</sup> Y el director del Sedes del Beni señaló la instalación de laboratorios en Riberalta, Guayaramerín y Trinidad del departamento referido.<sup>214</sup> El Ministerio de Salud, mediante instructivo 6/2020, autorizó a laboratorios, públicos, privados, de seguridad social de corto plazo, universidades y Policía Boliviana, poder realizar diagnóstico molecular de casos sospechosos de COVID-19.<sup>215</sup>

En abril, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) entregó 13 laboratorios para la detección inmediata y con mayor precisión del coronavirus COVID-19, con una inversión de 500 mil dólares estadounidenses. La representante residente del PNUD en Bolivia detalló que se entregaron 10 unidades GeneXperts (biología molecular automatizada en tiempo real) y otros tres equipos termocicladores (PCR - Reacción en Cadena de la Polimerasa, por sus siglas en inglés).<sup>216</sup> Además, el Sedes de Chuquisaca confirmó el día 1 de ese mes la implementación de dos laboratorios en la ciudad de Sucre, en el hospital San Pedro Claver-Lajastambo y en el hospital Santa Bárbara.<sup>217</sup> El 8 de mayo, cuatro técnicos calibraron el laboratorio PCR instalado en el hospital San Pedro Claver-Lajastambo<sup>218</sup> y fue entregado en funcionamiento el 11 de mayo.<sup>219</sup>

<sup>211</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/3/16/municipios-hay-un-solo-laboratorio-para-pruebas-del-COVID-19-19-el-pais-necesita-mas-249729.html>

<sup>212</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=447047](https://www1.abi.bo/abi_/?i=447047)

<sup>213</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=447508](https://www1.abi.bo/abi_/?i=447508)

<sup>214</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=447617](https://www1.abi.bo/abi_/?i=447617)

<sup>215</sup> <https://www.comunicacion.gob.bo/?q=20200331/29057>

<sup>216</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=447813](https://www1.abi.bo/abi_/?i=447813)

<sup>217</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=447738](https://www1.abi.bo/abi_/?i=447738)

<sup>218</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=449557](https://www1.abi.bo/abi_/?i=449557)

<sup>219</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=449714](https://www1.abi.bo/abi_/?i=449714)

De igual forma, la directora de la Unidad de Apoyo de Gestión Social de la Presidencia informó de la entrega en Trinidad del primer laboratorio de tres que se instalarán en el Beni, para diagnosticar casos de coronavirus, señalando que ya no sería necesario enviar pruebas a otros departamentos.<sup>220</sup> Sin embargo, se registró que hasta el 7 de junio no se tenía habilitado ni funcionando ningún laboratorio en ese departamento.<sup>221</sup>

Por otra parte, en mayo el embajador de Ciencia y Tecnología reportó instalación de laboratorios en Centrop, en Santa Cruz; Inlasa, en La Paz; Sedes, en Cochabamba; el PCR, en Beni y ahora en Sucre y que éstos ya estarían en funcionamiento.<sup>222</sup> Por otro lado, el Ministro de Hidrocarburos informó el 9 de mayo que se inició con los trabajos de calibrado del laboratorio COVID-19 de Tarija con la llegada de técnicos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).<sup>223</sup> Y fue entregado 4 días más tarde.<sup>224</sup>

Durante junio, se anunció la entrega de laboratorios GeneXpert para los departamentos de Potosí y Oruro.<sup>225</sup>

En julio, se reportó que la Caja Nacional de Salud estrenó un laboratorio para analizar pruebas COVID-19 en Cochabamba, que tendría la capacidad de procesar hasta 100 pruebas diarias.<sup>226</sup> Durante ese mes, se registraron filas de hasta 100 personas en laboratorios privados.<sup>227</sup> Y este tipo de laboratorios registraba un aproximado de hasta 100 personas atendidas por día<sup>228</sup>

La exPresidenta informó el 16 de junio que antes solamente había tres laboratorios, con capacidad de analizar el COVID-19 en todo nuestro país y que para junio ya se habría habilitado 14 laboratorios.<sup>229</sup> Durante agosto, la exPresidenta señaló que se habían habilitado 30 laboratorios COVID-19 en todo el país, aunque no especificó dónde fueron instalados cada uno de los equipos<sup>230</sup>.

Respecto a los problemas relacionados con laboratorios, se tiene que abril, a nivel nacional, por falta de reactivos para los laboratorios GeneXpert y la preparación de la infraestructura para los laboratorios PCR-RT, seis departamentos del país aún no realizan pruebas de diagnóstico del COVID-19. Las pruebas de Oruro, Potosí, Tarija, Beni, Pando y Chuquisaca eran enviadas a los tres laboratorios habilitados del eje troncal.<sup>231</sup> De igual forma, laboratorios públicos y privados expresaban su preocupación por la falta y carencia de reactivos.<sup>232</sup>

<sup>220</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=448099](https://www1.abi.bo/abi_/?i=448099)

<sup>221</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20200607/mas-150-muertos-beni-aun-espera-laboratorio>

<sup>222</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/pais/mostajo-gobierno-instalo-5-laboratorios-diagnostico-ultimos-beni-sucre/20200512014250767126.html>

<sup>223</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=449621](https://www1.abi.bo/abi_/?i=449621)

<sup>224</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=449745](https://www1.abi.bo/abi_/?i=449745)

<sup>225</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=450868](https://www1.abi.bo/abi_/?i=450868)

<sup>226</sup> <https://comunicacion.gob.bo/?q=20200706/29923>

<sup>227</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/7/17/COVID-19-19-unas-100-personas-hacen-fila-en-un-laboratorio-privado-en-busca-de-pruebas-261599.html>

<sup>228</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/7/18/la-paz-laboratorios-privados-atienden-por-dia-100-personas-261697.html>

<sup>229</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=451335](https://www1.abi.bo/abi_/?i=451335)

<sup>230</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/8/18/bolivia-pasa-los-100-mil-casos-de-COVID-19-19-sin-resolver-falencias-264886.html>

<sup>231</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/4/27/COVID-19-19-por-falta-de-reactivos-infraestructura-departamentos-no-realizan-pruebas-253833.html>

<sup>232</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/4/11/laboratorios-advienten-escasez-de-reactivos-por-falta-de-vuelos-252364>

Durante mayo, se registró que 12 de 19 laboratorios públicos no operaban por falta de reactivos, hasta mayo el Gobierno instaló 19 laboratorios públicos. De este número, 10 que son GeneXpert que no pueden operar por falta de cartuchos y reactivos, y dos PCR están en proceso de habilitación.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	LABORATORIO/HOSPITAL	ESTADO ACTUAL
<b>Beni</b>	Trinidad	LRD – Sedes	A la espera de insumos
	Riberalta	Hospital de Segundo Nivel	A la espera de insumos
	Rurrenabaque	Hospital Rurrenabaque	A la espera de insumos
<b>Cochabamba</b>	Cercado	Hospital del Sur	A la espera de insumos
<b>La Paz</b>	El Alto	LRD - CRA	A la espera de insumos
	La Paz	LRD - INLASA	
<b>Pando</b>	Cobija	Hospital de tercer nivel	A la espera de insumos
<b>Potosí</b>	Potosí	Hospital Bracamonte	A la espera de insumos
<b>Oruro</b>	Oruro	Hospital San Juan de Dios	A la espera de insumos
<b>Santa Cruz</b>	Santa Cruz	Centro de Salud DM – 5 “Remanzo”	A la espera de insumos

Cuadro elaborado por la Defensoría del Pueblo, con datos obtenidos por medios de prensa hasta el 27 de mayo.<sup>233</sup>

Durante junio, el laboratorio más importante de Santa Cruz, Centro de Enfermedades Tropicales (Cenetrop), que procesa pruebas para diagnosticar contagios de coronavirus en Bolivia, registró un “colapso” por el exceso de trabajo y la falta de personal.<sup>234</sup> Este colapso alcanzó un retraso de 20 días, debido a la falta de equipos que padece y que le impide una mayor productividad. “Tenemos más de 4.000 pruebas pendientes, porque tenemos un retraso de 20 días para lo que son los análisis de los pacientes que tenemos esperando que se puedan realizar las pruebas”, dijo la encargada del área de Análisis y representante del Sindicato de Ramas Médicas en la entidad.<sup>235</sup> Finalmente, de los 10 laboratorios GeneXpert para procesar muestras de COVID-19 y que fueron instalados en todo el país, ninguno se encontraba en funcionamiento por falta de reactivos.<sup>236</sup> Situación similar se vivía con Laboratorios Privados, que tenían que cerrar por falta de reactivos.<sup>237</sup>

Durante julio, se registró que el laboratorio GeneXpert, instalado en abril en el departamento de Cochabamba, no fue estrenado por falta de reactivos que debían ser dotados por el Ministerio de Salud.<sup>238</sup>

Entre el 24 al 28 de julio, el portal “Boliviaverifica.bo” indagó sobre la cantidad de laboratorios del sector público que existen en el país, concluyendo que Potosí contaba con un laboratorio para pruebas PCR, dos equipos (GeneXpert y termociclador); sin embargo, por falta de insumos

<sup>233</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/5/27/12-de-19-laboratorios-publicos-no-operan-por-falta-de-reactivos-256679.html>

<sup>234</sup> <https://www.elcomercio.com/actualidad/bolivia-laboratorio-pruebas-COVID-19-19.html>

<sup>235</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/pais/CENETROP-revela-lleva-20-dias-retraso-procesar-pruebas-COVID-19-falta-equipos/20200624201409774222.html>

<sup>236</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/6/3/sigue-la-espera-por-reactivos-10-laboratorios-no-operan-257300.html>

<sup>237</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/cochabamba/laboratorio-COVID-19-19-cierra-falta-provisiones/20200624032427774103.html>

<sup>238</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/cochabamba/aun-funciona-laboratorio-genexpert-entregado-hace-mas-meses-hospital-sur/20200721224923778751.html>

ninguno funcionaba, y este departamento dependía de las pruebas enviadas a La Paz. En el departamento de Oruro, había un solo laboratorio y no estaba funcionando por falta de insumos, situación similar ocurría en Chuquisaca. En Cochabamba, tenían habilitado cuatro laboratorios pero sólo dos funcionaban, el laboratorio de Tarija se encontraba con retraso en el procesamiento de pruebas, Pando contaba con un laboratorio y un equipo GeneXpert; sin embargo, tenía retraso de hasta un mes. En el departamento de Beni, contaban con tres laboratorios; sin embargo, estaban con falta de personal y reactivos, situación similar la de Santa Cruz y finalmente La Paz contaba con dos laboratorios pero ambos registraban retrasos.

<b>Laboratorios públicos para procesamiento de pruebas de COVID-19</b>				
<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>CANTIDAD DE LABORATORIOS</b>	<b>MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE DEL HOSPITAL/ LABORATORIOS</b>	<b>EQUIPOS</b>
<b>Pando</b>	1	Cobija	Hospital III Nivel	GeneXpert
<b>Beni</b>	3	Trinidad	Laboratorio Sedes/ Laboratorio Epidemiología	GeneXpert + Termociclador
		Riberalta	Hospital Riberalta Antiguo	GeneXpert
		Rurrenabaque	Hospital Rurrenabaque	GeneXpert
<b>Santa Cruz</b>	3	Santa Cruz de la Sierra	DM - 5 Remanso	GeneXpert + Termociclador
			Cenetrop	Termociclador
			Hospital Percy Boland	Termociclador
<b>Cochabamba</b>	2	Cochabamba	Hospital del Sud	GeneXpert
			LRD - Sedes Cochabamba	GeneXpert + Termociclador
<b>Chuquisaca</b>	1	Sucre	Hospital San Pedro Claver	Termociclador
<b>La Paz</b>	2	La Paz	Inlasa	GeneXpert + Termociclador
		El Alto	Centro de Referencia Ambulatorio - CRA	GeneXpert
<b>Tarija</b>	1	Tarija	Sedes - Epidemiología	Termociclador
<b>Oruro</b>	1	Oruro	Hospital San Juan de Dios	GeneXpert
<b>Potosí</b>	1	Potosí	Hospital Bracamonte	GeneXpert + Termociclador

Cuadro elaborado por la Bolivia Verifica hasta el 28 de julio.<sup>239</sup>

Por lo evidenciado, se advierte que la instalación de los laboratorios a nivel nacional no ha respondido a una estrategia prevista, por lo menos, a inicio de la pandemia, sino a la emergencia de cada región ante el incremento de casos. Esta situación se agravó debido al retraso en la puesta en marcha de los laboratorios comprometidos por el Gobierno central. A esto se suma la falta de reactivos para el procesamiento de pruebas originada en la inoportuna adquisición de estos insumos.

## **ACTORES PRIVADOS**

Mediante Ley N° 1293, de 1° de abril de 2020, se establece que el subsector privado deberá cumplir lo emanado por el Ministerio de Salud y las entidades territoriales autónomas, y además deberá garantizar a sus usuarios y trabajadores los medios adecuados para la

<sup>239</sup> <https://boliviaverifica.bo/sin-insumos-ni-reactivos-bolivia-no-es-capaz-de-medir-el-impacto-real-del-contagio/>

atención; sin embargo, el beneficio de gratuidad para la atención de enfermos de COVID-19, legalmente establecido en la referida Ley, no alcanza como obligación al subsector privado del Sistema Nacional de Salud<sup>240</sup>.

El Órgano Ejecutivo, mediante Decreto Supremo N° 4179 de fecha 12 de marzo de 2020, declaró Situación de Emergencia Nacional por la presencia del brote de coronavirus COVID-19, a su vez mediante Decreto Supremo N° 4205<sup>241</sup> de 1° de abril de 2020, dispuso que el subsector privado deberá coadyuvar en el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud y señala también de manera clara que los establecimientos de salud, clínicas y otros de los subsectores público, de la seguridad social de corto plazo y privado del Sistema Nacional de Salud, están integrados al Sistema de Defensa Civil bajo mando del Consejo Nacional para la Reducción de Riesgos y Atención de Desastres y/o Emergencias (Conarade), por lo que están obligados a atender el diagnóstico, control, atención y tratamiento del coronavirus COVID-19 de forma inmediata y sin consideraciones de ninguna naturaleza, siendo la infraestructura, equipamiento y personal priorizados y destinados conforme requerimientos y organización determinada por el Ministerio de Salud; garantizando el despliegue del personal médico y sanitario en los establecimientos o locales donde exista población afectada por el coronavirus COVID-19.

Es importante resaltar que el meritado Decreto Supremo reglamenta las disposiciones contenidas en la Ley N° 1293, estableciendo que el Ministerio de Salud, los establecimientos de salud, clínicas y otros de los subsectores público, de la seguridad social de corto plazo y privado del Sistema Nacional de Salud, dotarán de manera gratuita medicamentos para las personas infectadas con el coronavirus COVID-19 y material de bioseguridad apropiados para la adopción de los protocolos de limpieza y protección que resulten necesarios en los establecimientos de salud y locales que se encuentren bajo su administración.

En los hechos, se logró conocer por notas de prensa que por ejemplo en el departamento de Santa Cruz se reportó, el 2 de abril de 2020, que la clínica Foianini llevaba atendiendo a pacientes con COVID-19 desde hace varios días y que esta clínica había desarrollado protocolos de atención, siguiendo las guías de la Organización Mundial de la Salud, para salvaguardar tanto a sus pacientes como a su personal médico.<sup>242</sup>

Paulatinamente las clínicas privadas del país empezaron a atender a pacientes de posible contagio y pacientes positivos de COVID-19, así se reportó que varios centros de salud privados de Santa Cruz, como ser las clínicas Niño Jesús 1, Incor, Siraní, Nuclear, Prosalud, Foianini, atendieron a pacientes COVID-19, y habilitaron ambientes exclusivos, algunas aceptaban internación y su atención estaba dirigida solamente a particulares<sup>243</sup>. Para la atención de pacientes COVID-19, las clínicas privadas debían presentar sus planes de contingencia y sus respectivos protocolos al Servicio Departamental de Salud de atención a pacientes afectados o sospechoso de coronavirus<sup>244</sup>.

<sup>240</sup> <https://www.asuss.gob.bo/wp-content/uploads/2020/08/Ley-1293.pdf>

<sup>241</sup> [https://www.lexivox.org/norms/BO-DS-N4205.html?dcmi\\_identifier=BO-DS-N4205&format=html](https://www.lexivox.org/norms/BO-DS-N4205.html?dcmi_identifier=BO-DS-N4205&format=html)

<sup>242</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/4/2/diferencia-de-la-paz-clinicas-de-santa-cruz-si-atienen-casos-de-COVID-19-19-251562.html>

<sup>243</sup> [https://eldeber.com.bo/172084\\_cuales-son-las-clinicas-privadas-que-aceptan-asegurados-en-los-casos-de-Coronavirus](https://eldeber.com.bo/172084_cuales-son-las-clinicas-privadas-que-aceptan-asegurados-en-los-casos-de-Coronavirus)

<sup>244</sup> <https://eju.tv/2020/04/clinicas-privadas-de-santa-cruz-deben-entregar-sus-planes-de-contingencia-al-sedes/>

Inicialmente, se advierte que esta situación refleja la inexistencia de políticas uniformes en cuanto a la atención del COVID-19 en las clínicas privadas, puesto que el departamento de Santa Cruz, antes de la emisión del Decreto Supremo N° 4205, daba luz verde a clínicas privadas para la atención de estos casos, abarcando mayor magnitud de atención, y que hasta esa fecha de la promulgación del Decreto Supremo ya había reportado la atención de cinco casos positivos<sup>245</sup>.

Con el transcurso del tiempo, los medios de prensa reportaban y denunciaban que estos establecimientos médicos estarían cobrando montos excesivos, por ejemplo el 8 de mayo de 2020, se reportó que en medio de la emergencia sanitaria, los centros privados de salud fijaron precios para atender a pacientes críticos con COVID-19 que van desde algo más de Bs 1.000 hasta por encima de los Bs 11.000 diarios, sólo por acceder a una cama; precios que varían en cada ciudad. En La Paz en la Clínica del Sur el paciente con COVID-19 que se encuentra estable debe pagar Bs 1.000 por día tan sólo por la cama, si el paciente se encuentra en estado crítico deberá pagar Bs 4.500 por día para estar en terapia intensiva, esto sin contar los honorarios médicos, medicamentos y derecho de internación. En la Clínica Los Olivos de Cochabamba, el costo mínimo es de Bs 600 diarios por la habitación y un aproximado de Bs 6.900 si el paciente requiere terapia intensiva. En Santa Cruz la figura es otra, allí los pacientes con COVID-19 deben pagar precios más altos que alguien con otra enfermedad. En la Clínica Niño Jesús el precio de la cama para un paciente estable con COVID-19 es de Bs 2.500 por día, el derecho de internación es de Bs 600, debiendo hacer un depósito de Bs 10.000, del cual se irá descontando los pagos adeudados, si necesita ir a terapia intensiva el costo es de Bs 10.000 por día, sin contar honorarios, medicamentos ni otros equipos, que sumando sobrepasan los Bs 11.000. Pero en la misma clínica los montos son mucho más bajos si el paciente tiene otra enfermedad. Por ejemplo, si tiene diabetes la cama por día está a Bs 900 (cuando por COVID-19 cobran Bs 2.500) y terapia intensiva está a Bs 1.900 (cuando por COVID-19 cuesta Bs 10.000, cinco veces más). Además, se informó que la clínica Foianini cobra previamente un monto de Bs 70.000 y éste se eleva hasta Bs 276.000 si el paciente fuera crítico.<sup>246</sup> Como es evidente, absolutamente hay discrecionalidad y falta de criterio común para los cobros de estos servicios, inclusive en clínicas de la misma ciudad.

El sitio web “Chequea Bolivia” confirmó que clínicas privadas de Santa Cruz cobran hasta \$us 1.800 al día por atender a paciente con COVID-19. Fue el presidente del Colegio Médico de Santa Cruz, quien confirmó que las cifras denunciadas por cobros excesivos eran reales, por otra parte, también se constató que sólo el traslado en la ambulancia de una clínica particular de un posible paciente con COVID-19 desde el séptimo anillo hasta el primer anillo de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra es de 1.700 bolivianos, aproximadamente.<sup>247</sup>

Según el Colegio Médico de Bolivia, la base para fijar el arancel de honorarios médicos es la Unidad Médica Arancelaria (UMA), que cada departamento de Bolivia tiene libros de

<sup>245</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/4/2/diferencia-de-la-paz-clinicas-de-santa-cruz-si-atienden-casos-de-COVID-19-19-251562.html>

<sup>246</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/5/8/privados-cobran-bs-11000-por-dia-para-atender-infectados-254886.html>

<sup>247</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20200507/chequea-bolivia-es-verdad-que-clinicas-privadas-santa-cruz-cobran-us-1800>



aranceles diferentes. Por ejemplo, la UMA tiene un valor de dos dólares en Cochabamba, pero en Santa Cruz es de 12 dólares. Entonces, cada colegio departamental fija su valor y las fajas de los honorarios médicos con base en la realidad social y económica de su región; sin embargo, estos precios o costos en base a la UMA son mera referencia, tal como lo señaló la sociedad Científica de Traumatología de Cochabamba<sup>248</sup>. Mediante Informe CITE: GADLP/SEDES/SERES-EA/ASACSA-SS/NEX-045/2020, aprobado por el Director Técnico del SEDES La Paz, se aclaró que los aranceles de los establecimientos de salud privados son aprobados por el Colegio Médico de La Paz, el cual es expuesto por el Colegio Médico Departamental para su aplicación.

El libro de aranceles fue trabajado en el marco de la Ley N° 3131 de Ejercicio Profesional Médico. El Artículo 5 señala que el Colegio Médico es la máxima entidad organizacional del sector y el Artículo 6 menciona que el Ministerio de Salud es responsable de la supervisión y control del ejercicio médico en coordinación con el Colegio Médico de Bolivia. Sin embargo, esta normativa no se cumple pese a la emergencia sanitaria, denotándose una evidente inacción por ambas instancias para que el subsector privado en salud apoye y coadyuve en la lucha contra la COVID-19.

El 14 de mayo de 2020, el ex Ministro de Salud quien también es dueño de una clínica privada se limitó a apelar a la sensibilidad de sus colegas para cobrar de forma solidaria a los pacientes con COVID-19 en estos tiempos de crisis. Señaló: "Exhortar (...) a tener precios solidarios y en la medida de lo posible los más bajos (...) No estamos trabajando con la enfermedad para hacer lucro y perjudicar a nuestros pacientes. Esperemos que este llamado (a la conciencia) funcione y si no (...) el Estado tiene sus mecanismos para poder regular". Por otra parte, el Director del SEDES Santa Cruz manifestó que: "(Los centros médicos privados) se someten a las normativas departamentales y nacionales, pero no hay ninguna (norma) que indique el control del arancel, por lo tanto, no están transgrediendo ninguna norma". Lo único que hay son las "unidades médicas arancelarias" que fijan los montos que cada profesional de salud debería cobrar por sus servicios. Éstos son establecidos por los colegios médicos. Pero nadie regula las tarifas de las clínicas privadas, ni siquiera en tiempos de pandemia.

Por otro lado, es importante mencionar el "Estudio de Mercado de Servicios de Salud Privados en las ciudades de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz", emitido por la Autoridad de Fiscalización de Empresas del 2015 <sup>249</sup>, en el que se da a conocer que se consideró a 51 empresas que ofrecen el servicio de salud en el ámbito privado que concentran entre el 75 y 80 por ciento de los ingresos totales generados por el universo de clínicas privadas con registro de comercio de FUNDAEMPRESA y que además cuentan con un ingreso mayor al millón de bolivianos, según datos de la gestión 2014, y señala que los precios de los servicios varían entre ciudades, clínicas y por el tipo de servicios que se adquieren. Argumentan que esta variación se debe a diversos factores vinculados al tipo de especialidad, estudios de imagenología, tecnología, niveles de infraestructura, precios de los médicos especialistas y, principalmente, por el diagnóstico (cuadro clínico que presentan los pacientes que resulta ser único en cada caso).

<sup>248</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20180408/costo-consultas-medicas-varia-bs-30-400-conozca-que>

<sup>249</sup> <https://www.autoridadempresas.gob.bo/descargas?download=406:estudio-de-mercado-de-servicios-de-la-salud-privada>



De la revisión de la normativa nacional, no existe disposición legal que regule de manera directa los cobros por los servicios médicos por parte de las clínicas privadas. Los aranceles de cada colegio médico son referencias básicas y los médicos y establecimientos de salud privados se encuentran en una libertad absoluta. Esta realidad se ve reflejada en las denuncias por cobros excesivos por la atención a pacientes con COVID-19, sin considerar lo establecido por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en su Resolución 01/2020 referido a Pandemia y Derechos Humanos en las Américas<sup>250</sup> que establece, en su parte resolutive, que la actuación de los Estados debe ir en conformidad de los principios “pro persona”, de proporcionalidad, temporalidad, y deben tener como finalidad legítima el estricto cumplimiento de objetivos de salud pública y protección integral, como el debido y oportuno cuidado a la población, por sobre cualquier otra consideración o interés de naturaleza pública o privada. De esta manera, el Estado tiene que garantizar todos los derechos en el marco de los Derechos Humanos, teniendo en cuenta que la vida es el mayor bien jurídico tutelado, y que todo tipo de restricción de derechos debe enmarcarse en la proporcionalidad y temporalidad con el único fin de asegurar y cumplir los objetivos de la salud pública y protección integral, específicamente por las denuncias de cobros excesivos y parafraseando a las declaraciones del Ministro de Salud, algunas clínicas privadas están lucrando con la pandemia de COVID-19.

La Real Academia de la Lengua Española define lucrar como acción de “ganar, sacar provecho de un negocio o encargo.”<sup>251</sup> Bajo la interpretación literal de las declaraciones del Ministro de Salud, las clínicas privadas están sacando provecho del servicio de salud. Con relación a esta acción de lucrar es importante referir que según reportes de medios de prensa<sup>252</sup>, varias de las clínicas citadas estarían cobrando un costo aparte por los medicamentos. Por ejemplo, la Clínica del Sur, donde además de los cobros por uso de cama por día, hay un costo por el derecho a internación, medicamentos y honorarios de médicos, de igual manera la Clínica Los Olivos, que más allá de los costos diarios, éstos no incluyen costos por medicamentos y honorarios médicos. La situación aún empeora en el departamento de Santa Cruz, donde por ejemplo la Clínica Niño Jesús cobra por día derecho a internación, y se les pide un depósito previo de Bs. 10.000, del cual se descuentan pagos adeudados, esto no incluye honorarios médicos, medicamentos, exámenes de laboratorio, equipos de protección personales de bioseguridad, entre otros. Estos hechos estarían contraponiéndose a lo establecido en el numeral I del Artículo 7 del Decreto Supremo N° 4205, respecto a la gratuidad de los medicamentos para los pacientes con COVID-19, por lo que la normativa señalada no se acata, siendo esta iniciativa insuficiente ante una pandemia que aqueja incluso a sistemas de salud muy avanzados.

Además, se reflejó exacerbada pasividad por parte del Ministerio de Salud para intervenir en esta situación: “(...) pasaron 48 días desde la declaración del ex Ministro de Salud, en la que refirió que todas las infraestructuras (hospitalarias) de país, en el momento determinado, van a ser usadas. Todas, clínicas privadas y públicas. En otros países, han intervenido hospitales privados y los han nacionalizado (...)”<sup>253</sup>.

<sup>250</sup> <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf>

<sup>251</sup> <https://dle.rae.es/lucrar>

<sup>252</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/5/8/privados-cobran-bs-11000-por-dia-para-atender-infectados-254886.html>

<sup>253</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/pais/cruz/20200331132513759367.html>

Por otra parte, en septiembre de 2020, la Defensoría del Pueblo realizó entrevistas a los directores técnicos de los servicios departamentales de salud para saber con exactitud si cursan denuncias sobre cobros excesivos de clínicas y centros de salud privados respecto a la atención y tratamiento del COVID-19. En el caso del Sedes La Paz, se señaló que no puede regular los aranceles, éstos están regulados por el colegio médico y también por la Agemed. Sin perjuicio de aquello, las autoridades del Sedes La Paz se apersonaron a las clínicas privadas para que: "(...) abran sus espacios, he hecho abrir espacios, personalmente he abierto clínicas para que tengan terapia intensiva, la mayoría de las clínicas tenían convenios con instituciones (...)", y manifestó no contar con denuncia formal o escrita sobre la pregunta realizada. En el caso del Sedes Oruro, se señala que cursa nota de la delegación departamental de la Defensoría del Pueblo por la cual refieren cobros exagerados por parte de la clínica privada Cristo Rey, en cuanto a la atención de pacientes COVID-19, y se realiza seguimiento conforme a las competencias. En Potosí, nadie habría formalizado denuncia alguna al respecto. En Cochabamba, la autoridad del Sedes refiere que se recibieron denuncias contra varias clínicas privadas por cobros excesivos, por lo que se realizaron inspecciones, recomendando evitar excederse en los costos. Aclaró que no existen aranceles por servicios para casos de COVID-19. Por su parte, el Jefe de Auditoría de Servicios del Sedes Chuquisaca manifestó que no han existido denuncias escritas, pero sí una denuncia verbal contra la clínica privada Los Ángeles, pero ésta no se logró formalizar por los supuestos denunciantes. Asimismo, ha existido rechazo en la atención de algunas clínicas privadas, toda vez que previamente se habrían pedido pruebas COVID-19. En Tarija, el Director Técnico manifiesta que no cursa en el Sedes ningún tipo de denuncia por cobros excesivos en el sector privado. En Santa Cruz, el Director Técnico del Sedes señala que si bien no cursan denuncias, se realizaron intervenciones en las clínicas para estandarizar los cobros. En Pando, el Director Técnico interino refirió la inexistencia de denuncias formales sobre cobros excesivos al respecto; sin embargo, manifestó que de oficio y motivados por notas de prensa realizaban inspecciones a estos centros.

En este contexto, la Asamblea Legislativa Plurinacional, con la participación de otros actores sociales como la Defensoría del Pueblo, decidió considerar el Proyecto de Ley que posibilite que las clínicas privadas atiendan a los pacientes de esa enfermedad con costo al Estado, cuyo objeto pretendía mitigar la realidad que el país estaba viviendo como consecuencia de la pandemia causada por el COVID-19, con la pretensión de constituirse en un mecanismo de solución frente al desborde y colapso del Sistema Público de Salud y al Sistema de Seguridad Social de Salud, posibilitando que las clínicas privadas atiendan a los pacientes de esa enfermedad con costo al Estado, Proyecto de Ley que en julio de 2020, fue sancionado y remitido al Órgano Ejecutivo para su promulgación<sup>254</sup>.

Conforme con los datos recabados, se pudo evidenciar que si bien el Proyecto de Ley de atención gratuita por parte de las clínicas privadas a pacientes con COVID-19 fue remitido al Órgano Ejecutivo para su promulgación, ésta instancia, luego de vencido superabundantemente el plazo constitucional previsto para el efecto, decidió remitir en consulta previa de la referida ley sancionada al Tribunal Constitucional Plurinacional, y como consecuencia quedó en suspenso la aplicación de una disposición legal de tal magnitud y necesidad. Así lo comunicó de manera pública

<sup>254</sup> <https://web.senado.gob.bo/prensa/noticias/senado-sanciona-ley-para-atenci%C3%B3n-gratuita-pacientes-de-COVID-19-%E2%80%93-19-en-cl%C3%ADnicas>

el Viceministro de Gestión del Sistema Sanitario dependiente del Ministerio de Salud<sup>255</sup>. Con posterioridad, a finales de agosto de 2020, entre otras leyes sancionadas que fueron remitidas al Órgano Ejecutivo y desde esa instancia derivadas a Tribunal Constitucional Plurinacional, el cual rechazó los recursos planteados por la Presidenta transitoria del Estado, sin siquiera entrar al fondo por carecer de legitimación activa la autoridad apersonada, la Ley Excepcional para la Atención Gratuita en Clínicas Privadas fue promulgada por la Presidenta de la Cámara de Senadores en su calidad de Presidenta a la Asamblea Legislativa Plurinacional. Sin embargo, a la fecha de elaboración existe incertidumbre en cuanto a su aplicación toda vez que, fuera de todo procedimiento, el Viceministro de Coordinación Gubernamental, dependiente del Ministerio de la Presidencia, devolvió a la Presidenta de la Cámara de Senadores las leyes promulgadas (entre ellas la Ley Excepcional para la Atención Gratuita en Clínicas Privadas) aduciendo un vicio de nulidad y manifestando la presentación de un nuevo recurso ante el Tribunal Constitucional Plurinacional<sup>256</sup>, generando una especie de empantanamiento político, que incide negativamente en la oportuna atención a pacientes contagiados con COVID-19.

Respecto a la situación del Subsector Privado del Sistema Nacional de Salud respecto a la prevención y atención de casos COVID-19, que advertía ciertos aspectos vulneratorios al derecho a la salud y su acceso y ante todo arbitrarios en cuanto a fijación de precios por encima de los costos recomendados por la UMA, se intentó limitar a través de regulaciones propuestas en normas de rango de ley; sin embargo, el panorama descrito previamente denota la superposición de intereses y posiciones políticas sobre el ejercicio efectivo del derecho fundamental a la salud.

Finalmente, la Defensoría del Pueblo respecto al presente tópico solicitó información a los diferentes Sedes a nivel nacional, específicamente sobre lo siguiente:

<b>PREGUNTA</b> Refiera si cursan en el Sedes denuncias por cobros excesivos de clínicas y centros de salud privados respecto a la atención y tratamiento del COVID-19.	<b>RESPUESTA</b>
<b>SEDES LA PAZ</b>	Mediante nota CITE GADLP/SEDESLP/SURSS/NIN/N° 99/2020 suscrita por el Jefe de la Unidad del Sistema de Salud y la Jefe Sub Unidades de Redes y Servicios de Salud, se señala que en la subunidad de redes de salud no se ha recibido ninguna denuncia respecto a los casos de cobros o similares que corresponden a las clínicas privadas.  Por Nota CITE: GADLP/SEDESLP/UGCS/FAR-NIN/N° 381/2020, la Unidad de Gestión de Calidad y Servicios Hospitalarios señalan que en fecha 30 de septiembre de 2020 se recibe nota con número CITE: 13070 con referencia al reclamo por cobro excesivo en Servicios Médicos por parte de la Clínica Santa Laura, que ameritó intervención del Sedes requiriendo información sobre cobros excesivos; de igual manera refieren que cursa nota sobre denuncia confidencial presentada respecto a la comercialización con sobreprecio del producto Azimax en la Farmacia FARMACORP, situación que ameritó requerimiento de información y respuesta.

<sup>255</sup> <https://www.minsalud.gob.bo/4460-gobierno-remite-al-tcp-proyecto-de-ley-para-la-atencion-de-pacientes-con-Coronavirus-en-clinicas-privadas>

<sup>256</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/pais/gobierno-devuelve-leyes-promulgadas-copa-presenta-accion-tcp/20200901141328784941.html>

	Mediante CITE GADLP/SEDES/UGH/N562/2020 de 1 de octubre de 2020, el Jefe de la Unidad de Gestión Hospitalaria señala hasta la fecha de emisión de la nota no se recibieron en la unidad a su cargo denuncias referidas al cobro excesivo en clínicas privadas y centros de salud privados por la atención y/o tratamiento en el marco de la pandemia. Aclara que la Unidad de Salud Ambiental y Control Sanitario e Inocuidad Alimentaria está a cargo del control de Clínicas y Centros de salud Privados.
<b>SEDES ORURO</b>	En la Red Urbana no cursa denuncias de esa índole.
<b>SEDES COCHABAMBA</b>	El Servicio Departamental de Salud Cochabamba recibió varias denuncias contra establecimientos privados, con relación a cobros excesivos realizados por la atención a pacientes con patología COVID-19. De acuerdo con la información emitida por el ex Responsable de la Subunidad de Hospitales, se detalla las denuncias y el estado del tratamiento administrativo en el que se encuentran los casos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clínica Los Ángeles S.A.: Lourdes María Albornos Ballesteros, en investigación para Auditoría Médica Externa.</li> <li>- Clínica Los Ángeles S.A.: Victoriano Bisorio Cáceres, en investigación para Auditoría Médica Externa.</li> <li>- Clínica Los Ángeles S.A.: José Rubén Espinoza Rosas, en investigación para Auditoría Médica Externa.</li> <li>- Clínica Los Ángeles S.A.: Jordana Michelle Tames Escalera</li> </ul>
<b>SEDES CHUQUISACA</b>	De acuerdo con el Informe con CITE: A.HOSP.SCH 40/2020, no existe denuncia sobre cobros excesivos por parte de Servicios de Salud Privado con relación a pacientes del COVID-19.
<b>SEDES TARIJA</b>	Afirman que no cursan denuncias.
<b>SEDES PANDO</b>	Mediante CITE: UNI-REDES-N° 212/10/2020, la Jefe de la Unidad de Redes y Servicios del SEDES señala que no se reportaron hasta el momento denuncias respecto a cobros excesivos por la atención y tratamiento del COVID-19, por parte de los establecimientos privados.

De la solicitud de información referente a si cursan en los Sedes denuncias por cobros excesivos de clínicas y centros de salud privados por la atención y tratamiento de la COVID-19, se obtuvo lo siguiente:

<b>SEDES</b>	<b>RESPUESTAS</b>
<b>SEDES LA PAZ</b>	En la Red Urbana no cursan denuncias de esa índole.
<b>SEDES ORURO</b>	El SEDES ORURO, con un instructivo y guía para el manejo del COVID-19 del Ministerio de Salud, junto a los comités científicos se adjunta copia de instructivos.
<b>SEDES CHUQUISACA</b>	De acuerdo con el Informe con CITE: A.HOSP.SCH 40/2020, no existe denuncia sobre cobros excesivos por parte de servicios de salud privados en relación a pacientes del COVID-19.
<b>SEDES TARIJA</b>	No cursan denuncias
<b>SEDES SANTA CRUZ</b>	El Dr. Raúl Manrique Cortez, Responsable Área Habilitación de Establecimiento de Salud, Sedes informó que a la Unidad de Gestión de calidad fueron derivados dos casos sobre denuncias por cobro por la atención de paciente COVID-19.  <b>CASO UNO.</b> El 30.07.2020, referido al paciente atendido en la Clínica INCOR SRL, que corresponde a Justino Asillanes Daza, en el cual refieren: Negligencia médica, falta de calidad y calidez en la atención médica y cobros de aranceles exagerados e inflados. Se remitió el caso con expediente clínico al Colegio Médico Departamental de Santa Cruz.

	<b>CASO DOS.</b> Suscitado en mayo, solicita interponga sus buenos oficios para alta médica del caso del Sr. Freddy Rivadeneira Arancibia, de la Clínica COSALUD SRL, documentación y caso que fue revisada y analizada por el área de auditoría médica, que emite: No corresponde a auditoría. Se remite al área legal para obtener criterio sobre lo suscitado.
<b>SEDES PANDO</b>	Mediante CITE: UNI-REDES-N° 212/10/2020, la Dra. Esly Escalante, Jefe de la Unidad de Redes y Servicios del Sedes, señala que no se reportaron hasta el momento denuncias respecto a cobros excesivos por la atención y tratamiento del COVID-19, por parte de los establecimientos privados.

## SALUD MENTAL

En enero del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote de la enfermedad por el nuevo coronavirus COVID-19, como una emergencia de salud pública de importancia internacional. Además, afirmó que existe un riesgo alto de diseminación de la enfermedad por COVID-19 a otros países en todo el mundo. En marzo de 2020, tras una evaluación se decidió que COVID-19 puede ser caracterizado como una pandemia. Situación que generó una crisis colectiva a nivel mundial, derivando en altos niveles de estrés generalizado. Motivo por el cual, los Estados deben proteger y garantizar la salud mental de la población.

Al respecto, la Defensoría del Pueblo en septiembre realizó entrevistas a los directores de los establecimientos de salud públicos COVID-19 para conocer si se habría otorgado apoyo psicológico a pacientes COVID-19 y al personal de salud en sus establecimientos, y se obtuvo la siguiente información:

En el Hospital Municipal de Cotahuma de La Paz, contaron con psicólogos contratados por el municipio. Éstos realizaban reuniones mediante la plataforma Zoom para la contención del plantel médico. En cuanto a los pacientes, al no contar con un psicólogo o psiquiatra contratado, la trabajadora social era la encargada de la contención de los pacientes y sus familiares. Además, crearon grupos de WhatsApp (denominado Por ti y por todos), donde enviaban mensajes y videos motivacionales. Adicionalmente, consiguieron alianzas con empresas como BAGO e INTI, para que les trajeran suplementos extra a la comida, para que de cierta forma, se motiven. Además, la autoridad entrevistada señaló que julio la pasaron muy mal y que había demasiada impotencia al ver salas llenas y en la puerta gente esperando que se les atiendan, inclusive hubo casos de fallecimientos en pleno ingreso al hospital. Por su parte, en el Hospital del Norte de El Alto no tuvieron apoyo psicológico, pero si un apoyo psiquiátrico por ser más técnico. Este apoyo abordó a pacientes y también al personal de salud; sin embargo, no alcanzó a todo el personal toda vez que sólo contaban con una psiquiatra. En el Hospital General Bloque Corea de Oruro, se brindó el apoyo, y en el centro COVID-19 de Potosí, contaban con dos psicólogos contratados por la gobernación desde julio y un psiquiatra por parte del ministerio desde agosto, ambos brindaban apoyo a pacientes y al personal de salud.

En el Hospital Solomon Klein de Cochabamba, se otorgó apoyo psicológico a todos los pacientes COVID-19 y al personal de salud, a solicitud de los interesados, toda vez que no todo el personal de salud contaba con tiempo disponible para recibir este apoyo. En el Hospital del Sud, se otorgó apoyo psicológico tanto para los pacientes como para el personal de salud, y se brindó consulta externa en el área de psicología a partir del 1° de octubre de 2020, en cambio en el Hospital del Norte no cuentan con ese servicio. Finalmente, en el Hospital Clínica Viedma sí otorgaron

ese apoyo psicológico. En el Hospital San Pedro Claver de Chuquisaca, se conformó un servicio que contaba con un psiquiatra y dos psicólogos, su trabajo inició en septiembre y fue de gran ayuda para su establecimiento, además la autoridad entrevistada señaló que la gente ha tenido demasiado miedo, incluso hasta ahora hay médicos que no quieren ingresar al área roja, por lo que considera que sería necesario que continúe este servicio. Y en el hospital regional San Juan de Dios de Tarija, los pacientes COVID-19 no pueden recibir apoyo psicológico por estar intubados y por las limitaciones a las áreas restringidas, además no cuentan con personal de apoyo para los familiares.

En el Hospital Japonés de Santa Cruz, el personal recibía cápsulas de apoyo psicológico vía WhatsApp y cuentan con un psicólogo en el hospital. En el centro centinela COVID-19 de Beni, no realizaron ese apoyo y en el Hospital COVID-19 Dr. Hernán Messuti Ribera de Pando, a través de un equipo interdisciplinario del Sedes, brindaron apoyo psicológico a los pacientes COVID-19 y también al personal médico.

De igual forma, se realizó entrevistas a los directores de los establecimientos de salud de la Seguridad Social a Corto Plazo COVID-19, donde sí se habría otorgado apoyo psicológico a pacientes COVID-19 y al personal de salud en sus establecimientos, y se obtuvo la siguiente información:

En el Hospital General N° 8 Luis Uría de la Oliva de la Caja Nacional de Salud de La Paz, cuentan con una psicóloga; por su parte en el Hospital de la Caja Petrolera de Salud contrataron dos psicólogos y contaban con un plan de salud mental para el personal; sin embargo, no todos pudieron asistir a este plan. En cuanto a los pacientes, se les brindó atención a solicitud de parte. Por otro lado, elaboraron un "corte epidemiológico" denominado "a reponer fuerzas", para el personal de salud que jamás se contagió y desempeñó su trabajo ininterrumpidamente, que consistía en brindarles un descanso laboral para reponer su salud mental, física y espiritual. En el Hospital Obrero N° 4 de la Caja Nacional de Salud de Oruro, sí brindaron este apoyo y en el Hospital Obrero N° 5 de la Caja Nacional de Salud de Potosí cuentan con un psiquiatra, quien brindó el apoyo a pacientes y al personal de salud, estos últimos vía virtual.

En la Caja Petrolera de Salud Elizabeth Seton de Cochabamba, se otorgó apoyo psicológico tanto al personal de salud como también a los pacientes, la psicóloga y el psiquiatra asistieron de manera personal y vía telefónica. De igual manera, en el Hospital Obrero N° 2 de la Caja Nacional de Salud contrataron cuatro psicólogos para este apoyo; en el Hospital Obrero N° 6 Jaime Mendoza de la Caja Nacional de Salud de Chuquisaca, inicialmente, brindaron apoyo por parte de la psicóloga a través de telemedicina; sin embargo, la autoridad entrevistada señaló que durante la "crisis todos andábamos en pánico". En cambio en el Hospital Obrero N° 7 de la Caja Nacional de Salud de Tarija, contaban con dos psicólogos que realizaban llamadas a las personas con COVID-19, que no abastecieron al total de personas, también utilizaron telemedicina para el personal de salud.

En Santa Cruz, la Caja Petrolera de Salud brindó apoyo psicológico y en la Caja Nacional de Salud de Beni brindaron este apoyo a través de la psicóloga, quien hacía valoración de las personas.



Por su parte, la Defensoría del Pueblo solicitó información a los Sedes a nivel nacional para conocer la situación de la salud mental en cada departamento. Al respecto, de las notas de respuesta se obtuvo lo siguiente:

<p><b>PREGUNTA</b></p> <p><b>Informe sobre las acciones asumidas en cuanto a la salud mental en el marco de la pandemia declarada por el COVID-19; así como la cantidad de atenciones (datos estadísticos) de apoyo psicológico a la población.</b></p>	<p><b>RESPUESTA</b></p>
<p><b>SEDES LA PAZ</b></p>	<p>Mediante Informe Técnico GADLP/SEDES/UPSPE/SM/NIN/33-2020 del responsable del área de salud mental, se informa que el área de salud mental realiza alianzas interinstitucionales estratégicas para la promoción y prevención de la salud mental de la población en tiempos de COVID-19, enmarcadas en el Plan Departamental contra el COVID-19, éstas permitieron la conformación de equipos especializados de salud mental, que se viabilizan a través del servicio de llamadas Familia Segura de UNICEF y la Unidad de Salud mental del Hospital de Clínicas, logrando atención de más de 16.500 casos.</p>
<p><b>SEDES ORURO</b></p>	<p>Se inició un trabajo de coordinación en 20 de junio, cuando empezó a subir el pico de la pandemia, nos vimos obligados a no hacer talleres presenciales, además mucho de nuestros profesionales llegaron al contagio y aislamiento respectivo, como red. Sin embargo, se cuenta con psicólogos en tres establecimientos Rafael Pabón, Vinto y Candelaria, quienes han realizado la atención personalizada al recurso humano de su establecimiento área COVID-19, y charlas a los pacientes quienes han minimizado el temor que en ese momento se evidenció.</p>
<p><b>SEDES CHUQUISACA</b></p>	<p>De acuerdo con el informe CITE/AGPVSM/081/20, se adjunta un informe emocional sobre la población afectada por el COVID-19. Se adjunta el Plan de Salud Mental. Según datos estadísticos de mayo a agosto, se realizó atención y contención emocional a un total de 350 personas, de los cuales 197 eran varones (57%) y 153 mujeres (43%) en todo el departamento.</p>
<p><b>SEDES TARIJA</b></p>	<p>Cuenta con el apoyo del área psico-social, otorgado por profesionales del área, brindando apoyo a pacientes positivos, contactos directos de casos positivos y familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.</p>
<p><b>SEDES SANTA CRUZ</b></p>	<p>Las atenciones realizadas en salud mental por el programa, como estrategia para la atención de la población durante la pandemia, se efectuaron desde el 25 de marzo hasta el 25 de agosto de 2020, cuando se atendieron durante 24 horas los siete días de la semana, con 43 profesionales, un total de 1.352 casos.</p> <p>Con el equipo Comunitario de Salud Mental, continuaron atendiendo en los domicilios a los casos más graves de personas con problemas mentales que acudieron a la línea 168 solicitando apoyo, además de asistir a los centros COVID-19, los pacientes que se colocan en aislamiento son vulnerables a complicaciones neuropsiquiátricas.</p> <p>En fojas 29, adjunta memoria de la "Atención de Salud Mental durante la emergencia COVID-19 de 25.03.2020 al 25.08.2020, misma que recomienda: "Es importante priorizar a la salud mental dentro de las estrategias de intervención posCOVID-19 en el Departamento de Santa Cruz, ya que este trabajo se realizó gracias a las alianzas estratégicas que conformaron con psicólogos y psiquiatras para brindar una atención de 24 horas, los siete días de la semana en estos cinco meses de trabajo. Como departamento, se tiene una carencia de recursos humanos destinados a la salud mental y no contamos con camas de psiquiatría en los hospitales generales o en establecimientos públicos para la internación de pacientes. Es necesario un reconocimiento de la importancia de la Salud Mental, desde la integralidad de la salud".</p>



<b>SEDES PANDO</b>	<p>Mediante CITE:SEDES.PROG.DISCAPACIDAD N° 66/20, la Responsable del Programa Discapacidad refiere que, en apoyo al Plan de Contingencia Departamental, intervinieron con su equipo compuesto por médicos, psicólogos, trabajadoras sociales y fisioterapeutas.</p> <p>El área de psicología trabajó en la contención emocional a personas sospechosas y positivas de abril a junio 2020 vía virtual, mediante el CALL CENTER. A partir de julio, iniciaron el trabajo con el componente de rehabilitación y apoyo social dentro del plan de contingencias departamental.</p> <p>Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 20 profesionales capacitados en primeros auxilios, psicológicos, de los centros de salud Villa Busch, Mapajo y Sedes.</li> <li>- Cuatro intervenciones en el canal de televisión universitaria y radio Perla del Acre y Radio Universitaria.</li> <li>- Dos intervenciones en estaciones radiales para educación en salud mental dirigido a la población.</li> <li>- Se atendieron a 118 personas del sexo masculino y 76 personas del sexo femenino.</li> </ul>
------------------------	---

Respecto a este punto, de la revisión de medios de prensa, se obtiene que durante la etapa de confinamiento a nivel nacional, se registraron en distintas ocasiones que personal médico habría sufrido estigmatización, ataques físicos, amenazas de muerte y denegación de uso del transporte público entre otros, por distintos motivos, entre ellos por desconocimiento de la magnitud de la pandemia, por cuestiones políticas y por las sanciones interpuestas por el incumplimiento de las medidas restrictivas. Al respecto, Amnistía Internacional registró hasta el 15 de mayo, al menos, 15 agresiones contra este sector, señalándolas como "lapidación pública"<sup>257</sup>. Entre los casos más emblemáticos, se encuentra por ejemplo el municipio orureño de Eucaliptus, donde amenazaron con la expulsión del referido municipio al personal de salud.<sup>258</sup> Así también en Caranavi en el departamento de La Paz, donde el personal médico tuvo que replegarse en su totalidad, y se registraron protestas por los entes colegiados de este sector. En apoyo, sin embargo, tan sólo

unos días después, entre pañuelos y banderas blancas, lograron el retorno a esta población para continuar brindando los servicios de salud.<sup>259</sup> Situación similar se vivió en el departamento de Cochabamba, que ante los conflictos registrados en K'ara K'ara y barrios anexos, el Colegio Médico pidió el repliegue del personal de salud.<sup>260</sup> Estas agresiones persistieron hasta agosto, donde se registraron bloqueos nacionales y se reportaron agresiones en Vichuloma del departamento de Oruro, donde se les impidió el paso por la carretera hacia el departamento de Chuquisaca y los "hicieron correr por el cerro".<sup>261</sup>

Por su parte la OMS, considerando la salud mental como pilar fundamental en la lucha contra la pandemia, a través de su departamento de Salud Mental y Uso de Sustancias, elaboró mensajes

<sup>257</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/5/19/en-bolivia-el-personal-de-salud-ha-sufrido-lapidacion-publica-segun-amnistia-internacional-255963.html>

<sup>258</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/5/14/eucaliptus-enfrenta-la-pandemia-sin-medicos-ya-suma-tres-muertos-255537.html>

<sup>259</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/5/24/entre-panuelos-banderas-blancas-pedidos-de-disculpa-retorna-la-brigada-medica-caranavi-256447.html>

<sup>260</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/cochabamba/colegio-medico-pide-replegar-personal-salud-kara-kara-debido-agresiones/20200513121539767461.html>

<sup>261</sup> <https://lapatria.bo/2020/08/05/personal-del-centro-de-salud-de-vichuloma-es-agredido-por-afines-al-mas-en-estado-de-ebriedad-en-la-carretera-oruro-potosi/>

dirigidos a diferentes grupos clave para apoyar el bienestar psicosocial y la salud mental, durante el brote del COVID-19.<sup>262</sup>

Este documento elaborado por la OMS<sup>263</sup> tiene una división y establece recomendaciones según el sector al que este destinado. El primer capítulo está dirigido a la población general, el primer punto de este capítulo refiere que las personas que están afectadas por COVID-19 no han hecho nada malo, no tienen culpa y merecen nuestro apoyo, compasión y amabilidad. Además se refiere a las personas que tienen la enfermedad como “casos de COVID-19”, las “víctimas”, las “familias de COVID-19” o los “enfermos”. Se trata de “personas que tienen COVID-19”, “personas que están en tratamiento para COVID-19”, “personas que se están recuperando de COVID-19” y que, una vez superada la enfermedad, seguirán adelante con su vida, su trabajo, su familia y sus seres queridos. Es importante separar a la persona de tener una identidad definida por COVID-19, para reducir el estigma. Así también, se minimice el tiempo a actividades que le causen ansiedad o angustia, se busque información únicamente de fuentes confiables, actualizada hasta una o dos veces al día, en caso de acceder a información constante podría hacer sentir preocupación. Y finalmente que uno debe protegerse y brindar apoyo a otras personas, integrarse a la comunidad para brindar en lo posible ayuda asistencial adicional, buscar oportunidades de amplificar historias e imágenes positivas y alentadoras, y se reconozca la importancia de las personas que cuidan a otros y de los trabajadores de salud.

De igual manera, la OMS/OPS señaló que el miedo, la preocupación y el estrés son respuestas normales en momentos en los que nos enfrentamos a la incertidumbre, o a lo desconocido o a situaciones de cambios o crisis. Así que es normal y comprensible que la gente experimente estos sentimientos en el contexto de la pandemia COVID-19. Al temor de contraer el virus en una pandemia como la de COVID-19, se suma el impacto de los importantes cambios en nuestra vida cotidiana provocados por los esfuerzos para contener y frenar la propagación del virus. Ante las nuevas y desafiantes realidades de distanciamiento físico, el trabajo desde el hogar, el desempleo temporal, la educación de los niños en el hogar y la falta de contacto físico con los seres queridos y amigos, es importante que cuidemos tanto nuestra salud física como mental. Por lo que la OPS/OMS, junto con sus colaboradores, está brindando orientación y asistencia a la región de las Américas durante la pandemia COVID-19, para ayudar a apoyar el bienestar mental y general de todas las personas, especialmente de aquellos que podrían necesitar apoyo adicional durante estos difíciles momentos. En ese sentido, elaboró material dedicado para la atención de la salud mental, el mismo se encuentra disponible de manera virtual.<sup>264</sup>

En cuanto la revisión de medios de prensa, respecto a la salud mental de personas con COVID-19, se obtuvo que en marzo el Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz habilitó llamadas gratuitas las 24 horas a personas que sufran depresión o alguna alteración psicológica, debido al confinamiento. Este servicio fue atendido por profesionales del Sedes. Por su parte, la UTEPSA (Universidad Tecnológica Privada de Santa Cruz) también decidió brindar apoyo Psicológico solidario.<sup>265</sup>

<sup>262</sup> <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52571>

<sup>263</sup> [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52571/OPSWNMHMHCVID-19-1920040\\_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52571/OPSWNMHMHCVID-19-1920040_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

<sup>264</sup> <https://www.paho.org/es/salud-mental-COVID-19-19>

<sup>265</sup> [https://eldeber.com.bo/el-deber/habilitan-linea-gratuita-para-brindar-apoyo-emocional\\_171380](https://eldeber.com.bo/el-deber/habilitan-linea-gratuita-para-brindar-apoyo-emocional_171380)

Por otro lado, por iniciativa de UNICEF junto el Viceministerio de Autonomías del Ministerio de la Presidencia, el Viceministerio de Seguridad Ciudadana, la Fuerza Especial de Lucha contra la Violencia (FELCV), la carrera de Psicología de la Universidad Católica Boliviana, el Colegio de Psicólogos de La Paz, la Unidad de Salud Mental del Hospital de Clínicas y Área de Salud Mental del Servicio Departamental de Salud (Sedes) La Paz, registró hasta el 8 de mayo, 2.375 llamadas, contribuyendo a prevenir la violencia y brindando apoyo psico-emocional a la población boliviana afectada por la pandemia de COVID-19. El servicio se inició el 1° de abril, la mayoría de las llamadas proviene de la ciudad de La Paz, seguida de Santa Cruz y El Alto. El 59% de las llamadas las hacen mujeres y el 41% varones, este servicio que se brinda empezó con una primera fase de atención, apoyo y contención emocional en momentos de crisis; en una segunda fase, atención especializada en psicología clínica para brindar contención psicológica y soporte emocional de urgencia ante situaciones de desestabilización emocional y detección para intervención clínica de pacientes con trastornos mentales, y una tercera fase, atención especializada en psiquiatría, para prevención y atención primaria de la salud mental de la población afectada por la pandemia por COVID-19.<sup>266</sup>

Al respecto, esta línea gratuita denominada “Familia Segura”, el 25 de julio, cumplió tres meses de servicio, contando con 50 psicólogos y psiquiatras que voluntariamente atendieron la salud mental de la población en general. Este servicio empezó como un servicio de escucha, atención e información y de derivación de casos de violencia; pero ha ido evolucionando con base en las llamadas e inquietudes que se han recibido, incorporando psicólogos/as de habla en quechua y aymara, psicólogos expertos en niñas, niños y adolescentes con necesidades especiales e intervenciones de psiquiatría, y en esos tres meses se registró la atención a 9.600 personas.<sup>267</sup>

El 14 de mayo, la OMS advirtió sobre las consecuencias para la salud mental que está teniendo el coronavirus en el mundo y las que va a tener en el futuro, con un posible aumento de suicidios y de trastornos, e instó a los gobiernos a no dejar de lado la atención psicológica. “La situación actual, con aislamiento, miedo, incertidumbre y crisis económica, puede causar trastornos psicológicos”, advirtió en una rueda de prensa digital la Directora del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS.<sup>268</sup>

El 21 de junio, la Presidenta del Colegio Departamental de Psicólogos de La Paz señaló que es parte de dos líneas de *Call Center* junto al Ministerio de Salud con la línea TeleSalud (80010 1104 – 80010 1106) y la otra con Unicef (80011 3040), llamada Familia Segura. La línea fue creada por el Viceministerio de Seguridad Ciudadana y se adhirieron la Universidad Católica Boliviana y la Fuerza Especial de Lucha Contra la Violencia. Es una línea de prevención para trastornos mentales y de violencia, y que la función de los *Call Center* es hacer la contención a estas personas, con primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis, así como con algunas técnicas y seguimiento del caso, “recursos que sirven para evitar que recurran a lo primero que se le viene a la cabeza”.<sup>269</sup>

<sup>266</sup> <https://www.unicef.org/bolivia/comunicados-prensa/la-l%C3%ADnea-gratuita-familia-segura-cumple-un-mes-al-servicio-de-prevenir-la>

<sup>267</sup> <https://www.unicef.org/bolivia/historias/el-compromiso-profesionalismo-y-solidaridad-de-los-voluntarios-son-el-fundamento-de>

<sup>268</sup> <https://www.dw.com/es/oms-advierte-que-pandemia-afectar%C3%A1-salud-mental-futura/a-53430908>

<sup>269</sup> <https://www.noticiasfides.com/nacional/sociedad/salud-mental-en-la-pandemia-desde-ansiedad-hasta-ideas-suicidas-ge>

Además en agosto, se registraron situaciones donde el personal de salud reportó problemas con su salud mental, por su parte la Federación Sindical de Trabajadores de Salud Pública de Cochabamba señaló que la mayoría padece, al menos, dos enfermedades provocadas por el estrés extremo: presión alta que, en el peor de los casos, puede conducir a un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular; y diabetes que, con el paso del tiempo, daña ojos, riñones, nervios, piel, corazón y vasos sanguíneos.<sup>270</sup>

Por otro lado, uno de cada cuatro hospitalizados por COVID-19 puede experimentar delirio durante la enfermedad, es decir que los pacientes graves podrían experimentar problemas mentales durante su hospitalización y después de la recuperación, según una investigación sobre personas que tuvieron hospitalización por los coronavirus de SARS de 2002, MERS de 2014 y el actual COVID-19<sup>271</sup>.

En cuanto a las acciones asumidas por los países de nuestra región con relación a la salud mental de la población, en Argentina, el Ministerio de Salud emitió recomendaciones para el cuidado de personas internadas por motivos de salud mental, en establecimientos públicos y privados, por caso sospechoso o confirmado por COVID-19, con el objetivo de brindar pautas y lineamientos generales a equipos directivos y equipos de salud de las referidas instituciones para que, en el marco del actual escenario, puedan desarrollar y poner en funcionamiento prácticas de prevención y de cuidado frente a casos sospechosos o confirmados por COVID-19.<sup>272</sup>

En Chile, crearon la iniciativa "Saludablemente",<sup>273</sup> donde refieren que el coronavirus ha generado dolor y preocupación. Las cuarentenas alteran las formas habituales de convivir y es comprensible que, ante situaciones de incertidumbre, aparezca el temor y la ansiedad. Sin embargo, cuando se vuelven muy intensas o se prolongan en el tiempo, afectan nuestro bienestar y salud mental.

Como primera medida, cuentan con líneas telefónicas gratuitas para ser atendidos por profesionales psicólogos del "Hospital Digital", existen un total de 11 líneas telefónicas habilitadas para realizar llamadas o empezar chat mediante la aplicación de WhatsApp. Estas líneas son Salud Responde, Fono Mayor, Fono Orientación en Violencia contra la Mujer, WhatsApp Mujer, Fono Infancia, Fono Drogas y Alcohol, Chat Hablemos de Todo, Línea Libre para niños, niñas y adolescentes, WhatsApp de Apoyo Emocional, Apoyo a Víctimas de Violencia y Fono Sename.

En Perú, el Ministerio de Salud, a través de la Resolución Ministerial N° 363-2020-MINSA, aprobó Plan de Salud Mental en el contexto de COVID-19, y tiene como objetivo reducir

---

nera-el-temor-al-contagio-405243  
<sup>270</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/cochabamba/personal-salud-desarrolla-enfermedades-estres/20200820013859783160.html>  
<sup>271</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/salud/hospitalizados-Coronavirus-pueden-tener-problemas-mentales-ingreso/20200519101924768390.html>  
<sup>272</sup> <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001893cnt-COVID-1919-recomendaciones-cuidado-personas-internadas-salud-mental-caso-sospechoso-confirmado.pdf>  
<sup>273</sup> <https://www.minsal.cl/saludablemente/>

el impacto de la pandemia del COVID-19 en la salud mental de la población, fortaleciendo sus recursos individuales y comunitarios de afrontamiento y atendiendo a las personas con problemas mentales en el contexto de la crisis económica y social derivada de ella<sup>274</sup>. Además, elaboró una Guía Técnica para el cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad, en el contexto del COVID-19, a través de Resolución Ministerial N° 186-2020-MINSA.<sup>275</sup> Y a través de la Resolución Ministerial N° 180-2020-MINSA, aprobó la guía técnica de “Cuidado de la Salud Mental del Personal de Salud en el Contexto del COVID-19”, este documento examina los desafíos que la pandemia genera en torno a la salud mental del personal de la salud y describe los lineamientos para el cuidado y autocuidado de la salud mental del personal, enfocados en la organización institucional para el fomento de entornos saludables de trabajo, la promoción del autocuidado, estrategias de soporte psicosocial disponible en el lugar de trabajo y a distancia, la identificación de problemas de salud mental y la gestión para la intervención y recuperación.<sup>276</sup> Así también, se realizaron cursos virtuales gratuitos respecto a la salud mental.<sup>277</sup>

El Gobierno no cuenta con un plan de salud mental para la población boliviana en el contexto del COVID-19, no se elaboraron documentos técnicos, guías y recomendaciones tal como lo sugirió la OMS/OPS.

## - RASTRILLAJE

Los rastrillajes realizados en los diferentes departamentos han tenido como objetivo fundamental la detección de casos de coronavirus, entre sospechosos y positivos, así como la entrega de medicamentos de forma gratuita, la toma de pruebas rápidas, la transferencia de personas más graves a un centro de aislamiento u hospital de segundo o tercer nivel, previa reconfirmación por prueba PCR, adicionalmente la dotación de alimentos, la detección de otros problemas de salud de la población y la desinfección domiciliaria. Estos objetivos varían en cada departamento, como se demostrará en el desarrollo del presente diagnóstico.

En cuanto a la conformación de las brigadas, participaron personal de salud, de los servicios departamentales de salud, las Fuerzas Armadas, la Policía Boliviana, Bomberos, funcionarios municipales y voluntarios. De la información recabada de la prensa, las brigadas varían en cuanto a su conformación puesto que en algunos rastrillajes participaron solamente personal médico; en otros, más el personal del Sedes, en menos, todas las instancias.

Al respecto, la Defensoría del Pueblo, durante septiembre, realizó entrevistas a los directores técnicos de los Sedes a nivel nacional a efecto de recabar información respecto a la fecha del inicio del rastrillaje en su departamento y la cantidad de rastrillajes realizados. Los datos oficiales obtenidos, tomando en cuenta la cantidad de personas alcanzadas, cantidad de tomas de pruebas

<sup>274</sup> <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/656521-plan-de-salud-mental-en-el-contexto-de-COVID-19-19>

<sup>275</sup> <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/541124-guia-tecnica-para-el-cuidado-de-la-salud-mental-de-la-poblacion-afectada-familias-y-comunidad-en-el-contexto-del-COVID-19-19>

<sup>276</sup> <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5000.pdf>

<sup>277</sup> <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/166083-minsa-y-colegio-medico-del-peru-se-unen-para-brindar-curso-virtual-gratuito-en-salud-mental>

realizadas, cantidad de positivos detectados y kits de medicamentos entregados, además si existe alguna norma administrativa que autoriza la lista oficial de estos medicamentos, fueron:

En el departamento de La Paz, la autoridad refirió que realizaron microrastrillajes “creo desde julio, semanalmente hacíamos en zonas elegidas”. En cuanto a los datos, señala que es tutela de la Alcaldía, y con relación a los medicamentos sostuvo que sería atribución del comité científico la elaboración del listado de medicamentos para COVID-19, en los que se encuentran antiinflamatorios, analgésicos, antigripales, y se autorizó la acitromicina y la ivermectina pero en experimentación, porque éstos dos no estarían aprobados.

En Oruro, el inicio de los rastrillajes empezó el 24 de junio de 2020 y se habrían realizado por fases, bajo el siguiente detalle:

- Primera fase en 24 de julio de 2020
- Segunda fase en 1 de agosto de 2020
- Tercera fase en 16 de agosto de 2020
- Cuarta fase en 30 de agosto de 2020

Del total de estas actividades, tomaron 613 pruebas PCR-RT, 1.063 pruebas rápidas positivas y 3.043 pruebas rápidas negativas. Con un total de 4.104 pruebas hasta la fecha. Por otro lado, reconoció que no existe normativa administrativa vigente para la entrega de medicamentos en los rastrillajes, y refirió “los rastrillajes son actividades que se han implementado de acuerdo con la necesidad del municipio para captar y/o tratar a los pacientes sospechosos y confirmados COVID-19”.

En Potosí, continúan los rastrillajes y tamizajes. Esta actividad se inició en julio, pero en municipios troncales se habría realizado de forma más anticipada, mediante equipos de rastrillaje y equipos de respuesta rápida. En la ciudad de Potosí, se realizaron más de 12 rastrillajes y tamizajes por más de cuatro oportunidades, en cuanto a los datos de cada una de estas actividades, el director derivó la consulta al Jefe de la Unidad de Epidemiología; sin embargo, esa autoridad no brindó mayor información. Respecto a los medicamentos, refirió el Instructivo Ministerial N° 38 de 23 de julio de 2020, que señala los medicamentos que se tiene que aplicar y los esquemas de tratamientos donde se incluye a detalle para pacientes asintomáticos y sintomáticos, por lo que sería esta normativa de cumplimiento obligatorio.

En el departamento de Cochabamba, la autoridad señaló que los rastrillajes iniciaron el 9 de julio de 2020, además que concluyeron con el municipio de Cercado, y actualmente vienen realizándose en el municipio de Sacaba, posteriormente proseguirán en Quillacollo. Además, manifestó que los datos de estas actividades son manejados por “el Coronel de Ejército de apellido Tamayo, quien está a cargo de los rastrillajes, por lo que no pudo brindar ese dato”. Y en cuanto a la normativa administrativa, refiere que es el protocolo de atención del Ministerio de Salud el que señala la lista de medicamentos para la entrega en primera fase.

El Jefe Epidemiológico del Departamento de Chuquisaca manifestó que los rastrillajes empezaron la última semana de julio y que se intensificaron durante todo el mes de agosto,

con una atención domiciliaria de casos positivos. En estas visitas, se identificaron 1.500 casos nuevos, en la primera semana de agosto realizaron rastrillaje casa por casa con georreferencia, alcanzando a "1/3 de la población de Sucre" y logrando identificar hasta 1.300 casos nuevos. En provincias, los rastrillajes iniciaron a mediados de agosto y continúan realizando rastrillajes a nivel departamental. En total, son cinco rastrillajes intensivos realizados con los siguientes datos:

- 1.500 casos nuevos de atención domiciliaria.
- 1.300 casos nuevos de rastrillaje
- (señalan que aproximadamente se detectan 30 a 40 pacientes nuevos, y que eso serían "fruto del rastrillaje")
- Se realizaron más de 3.000 pruebas rápidas, actualmente están con pruebas PCR.
- 4.000 kits de medicamentos entregados por parte del Sedes.
- 4.000 kits de medicamentos entregados por el GAM de Sucre.

En cuanto a los medicamentos, son los que se encuentran aprobados en la lista nacional de medicamentos, aprobada por el Ministerio de Salud. El recetario fue aprobado por el Comité Científico departamental COVID-19 de Chuquisaca.

La autoridad del departamento de Tarija refirió que los rastrillajes se iniciaron el 22 de junio de 2020 y alcanzaron los siguientes resultados:

- 100 barrios visitados
- 5.239 casas visitadas
- 472 contactos directos
- 2.793 contactos indirectos
- 3.020 pruebas rápidas
- 76 pruebas rápidas reactivas
- 33 pruebas PCR (+)
- 354 casos aislados en domicilios
- 18 casos aislados en instituciones
- 30 casos tratados en domicilio
- 446 casos reportados para apoyo socioeconómico

En cuanto a los medicamentos, refiere al Decreto Supremo N° 4174 del 4 de marzo de 2020, la Resolución del Consejo Técnico 010/20 de 25 de mayo de 2020 que crea la "Guía técnica para el manejo ambulatorio de pacientes COVID-19" y el instructivo MS/DPCH/IN/38/2020 del Ministerio de Salud de 22 de julio de 2020.

En el departamento de Santa Cruz, la autoridad entrevistada dijo que el rastrillaje se inició en mayo y que al menos hubo 100 rastrillajes, además que los datos los tendría el Gobierno Autónomo Municipal de Santa Cruz, esa iniciativa nació del referido municipio y fue apoyada por la gobernación y se habrían beneficiado un promedio de 1.200.000 personas. En cuanto a los medicamentos, sería el propio municipio quien los entregó y desconoce del procedimiento.



En Pando, el rastrillaje se realizó en junio, con un recorrido de todos los barrios de la ciudad, con 60 brigadas aproximadamente. En cuanto a los medicamentos, informó que cuentan una guía de atención y protocolo de manejo de pacientes COVID-19 a nivel nacional, que fue modificada en tres oportunidades, aprobada por las sociedades científicas de medicina interna, en este plan se indica la dosis y qué medicamentos se administra a los pacientes y en virtud de aquello se armaron los kits de tratamiento. A nivel de departamento tiene la Guía de Atención de la Nacional y tiene su protocolo aprobado por la Sociedad Científica de Medicina Interna.

Por su parte, la Defensoría del Pueblo solicitó información a los Sedes a nivel nacional para conocer la situación de los rastrillajes en cada departamento. Al respecto, de las notas de respuesta se obtuvo lo siguiente:

SEDES	PREGUNTA	RESPUESTA
<b>SEDES LA PAZ</b>	Señale la fecha de inicio del rastrillaje en el departamento y la cantidad de rastrillajes realizados a la fecha.	Mediante Informe N° 2 de la Coordinadora del Área Metropolitana del Sedes La Paz, de fecha 13 de octubre de 2020, refiere que las actividades de búsqueda de casos sospechosos de COVID-19 denominadas rastrillajes o cordones sanitarios se iniciaron en abril en la ciudad de El Alto, todos los sábados y domingos, el Sedes La Paz se incorporó desde el 4 de julio, en Viacha desde el viernes 7 de agosto. Desde el COED se realizó una intervención masiva dos fines de semana seguidos del 21 al 23 de agosto y del 28 al 30 de agosto, en el área rural esta actividad se inició el 17 de julio y se mantiene a la fecha.
	¿Cuáles son los datos oficiales obtenidos de los rastrillajes realizados a nivel departamental, respecto a la cantidad total de personas alcanzadas, cantidad total de tomas de pruebas realizadas y cantidad total de positivos?, asimismo, informe la cantidad de kits de medicamentos que se entregaron.	Mediante Informe N° 2 de la Coordinadora del Área Metropolitana del Sedes La Paz, de fecha 13 de octubre de 2020, refiere que se dispuso 10.600 pruebas a la ciudad de El Alto, 17.902 en La Paz, 300 en Viacha y en cada municipio rural se acuerdo con la población se asignaron un promedio de 150 a 200 pruebas.
<b>SEDES ORURO</b>	Señale la fecha de inicio de rastrillaje en el departamento y la cantidad de rastrillajes realizados a la fecha.	24 de julio al 4 de octubre, con un total de 46 días rastrillado por establecimiento de salud.
	¿Cuáles son los datos oficiales obtenidos de los rastrillajes realizados a nivel departamental, respecto a la cantidad total de personas alcanzadas, cantidad total de tomas de pruebas realizadas y cantidad total de positivos?, asimismo, informe la cantidad de kits de medicamentos que se entregaron.	<p>DATOS AL 13 DE SEPTIEMBRE</p> <p>Con bajo riesgo ..... 20.532</p> <p>Casos probables ..... 12.194</p> <p>Casos sospechosos ..... 1.154</p> <p>Alto riesgo ..... 247</p> <p><b>TOTAL ..... 34.127</b></p> <p>Viviendas con bajo riesgo ..... 11.537</p> <p>Viviendas con riesgo medio ..... 8.802</p> <p>Viviendas con alto riesgo ..... 213</p> <p><b>TOTAL ..... 20.552</b></p>

		<p>Total pruebas rápidas..... 4.104</p> <p>Pruebas rápidas positivas..... 1.063</p> <p>negativos ..... 3.043</p> <p>Total pruebas PCR RT realizadas..... 613</p> <p>Total Kits de medicamentos entregados..... 5.353</p> <p>FEMENINO ..... 18.702</p> <p>MASCULINO ..... 15.425</p>
	¿Cuál es la norma administrativa que autoriza la lista oficial de los medicamentos a ser entregados en los rastrillajes a nivel departamental y su respectiva entrega?	Instancia que autoriza la lista oficial de los medicamentos: El Sedes ORURO, con un instructivo y guía para el manejo del COVID-19 del Ministerio de Salud, junto a los comités científicos
<b>SEDES COCHABAMBA</b>	Señale la fecha de inicio de rastrillaje en el departamento y la cantidad de rastrillajes realizados a la fecha.	<p>A partir del Sedes Cochabamba se han organizado con el apoyo de varias instituciones dos tipos de rastrillaje:</p> <p>1) Rastrillaje Digital a través del Centro de Llamadas y una plataforma digital denominado "Salud Cochabamba", la líneas gratuitas 168 y la realización de las llamadas a las personas que llamaban o se registraban en el aplicativo. Esto se inició a partir de marzo de 2020 y con la plataforma desde el 10 de junio de 2020. Realizando el uso del aplicativo a 63.323 personas y 26.031 atenciones en salud por médicos en línea.</p> <p>2) Rastrillaje visita casa por casa organizado con el Comando Militar y personal de salud, inició el 8 de julio de 2020, logrando atender hasta el 30 de septiembre de 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Municipio Cercado 33.6211 personas</li> <li>- Municipio Sacaba 67.419 personas</li> <li>- Municipio Sipe Sipe 14.405 personas</li> </ul>
	¿Cuáles son los datos oficiales obtenidos de los rastrillajes realizados a nivel departamental, respecto a la cantidad total de personas alcanzadas, cantidad total de tomas de pruebas realizadas y cantidad total de positivos?, asimismo, informe la cantidad de kits de medicamentos que se entregaron.	<p>Detalle de atenciones del rastrillaje casa por casa:</p> <p><b>MUNICIPIO DE CERCADO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Viviendas visitadas 81.780</li> <li>- Familias atendidas 95.096</li> <li>- Personas atendidas 336.211</li> <li>- Viv. que rechazaron visita 3.361</li> <li>- Viv. visitada sin respuesta 7.569</li> <li>- Cantidad de personas sospechosas 1.550</li> <li>- Cantidad personas COVID-19 confirmadas 947</li> <li>- Cantidad de evacuados 9</li> <li>- Cantidad de aislados 936</li> <li>- Con patología de base 2.973</li> </ul> <p><b>MUNICIPIO DEL SACABA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Viviendas visitadas 15.813</li> <li>- Familias atendidas 17.441</li> <li>- Personas atendidas 67.419</li> <li>- Viv. que rechazaron visita 1.739</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Viv. visitada sin respuesta 8.510</li> <li>- Cantidad de personas sospechosas 462</li> <li>- Cantidad personas COVID-19 confirmadas 172</li> <li>- Cantidad de evacuados 39</li> <li>- Cantidad de aislados 181</li> <li>- Con patología de base 1.956</li> </ul> <p><b>MUNICIPIO DEL SIPE SIPE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Viviendas visitadas 4.344</li> <li>- Familias atendidas 5.515</li> <li>- Personas atendidas 14.405</li> <li>- Viv. que rechazaron visita 948</li> <li>- Viv. visitada sin respuesta 875</li> <li>- Cantidad de personas sospechosas 687</li> <li>- Cantidad personas COVID-19 confirmadas 0</li> <li>- Cantidad de evacuados 0</li> <li>- Cantidad de aislados 2</li> <li>- Con patología de base 421</li> </ul> <p><b>RASTRILLAJE DIGITAL</b> a través de la Plataforma Salud Cochabamba personas atendidas por municipios del departamento:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cercado 33.386</li> <li>2. Quillacollo 3.438</li> <li>3. Sacaba 3.672</li> <li>4. Colcapirhua 1.300</li> <li>5. Tiquipaya 1.193</li> <li>6. Vinto 761</li> <li>7. Puerto Villarroel 471</li> <li>8. Villa Tunari 473</li> <li>9. Entre Ríos 341</li> <li>10. Punata 341</li> <li>11. Otros 1.571</li> </ol> <p><b>Total 46.947</b></p> <p>Sobre el número de pruebas realizadas y cantidad total de positivos, la información que utilizan es la que maneja de forma oficial la Unidad de Epidemiología, al 03.10.2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Casos confirmados 136.478</li> <li>- Descartados 19.758</li> <li>- Fallecidos 1.145</li> <li>- Recuperados 11.082</li> </ul> <p>La información sobre cantidad de kits de medicamentos que se entregaron es manejada por la Unidad de Seguros Públicos y Servicios Médicos</p>
--	--	---

	<p>¿Cuál es la norma administrativa que autoriza la lista oficial de los medicamentos a ser entregados en los rastrillajes a nivel departamental y su respectiva entrega?</p>	<p>A partir de protocolos del Ministerio de Salud de la Sociedad de Medicina Interna de Cochabamba, se ha elaborado una guía de atención domiciliaria aprobada por consejo técnico del Sedes Cochabamba que contempla el uso de los siguientes medicamentos con la supervisión médica:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paracetamol tableta 500 mg</li> <li>2. Ibuprofeno tableta 400 mg</li> <li>3. Antigripal tableta (paracetamol + clorfeniramina + pseudoefedrina)</li> <li>4. Ácido Acetil Salicílico tableta 100 mg:</li> <li>5. Indometacina tab 25 mg</li> <li>6. Omeprazol tableta 20 mg</li> <li>7. Ivermectina tableta 6mg</li> <li>8. Hidroxicloroquina tableta 200 mg</li> <li>9. Azitromicina tableta 500 mg</li> <li>10. Amoxicilina tab 1 gr</li> <li>11. Levofloxacina 500 mg</li> <li>12. Zinc 1 tab. 50 mg</li> <li>13. Vitamina C 1 gr</li> <li>14. Vitamina D 1 gr</li> </ol> <p>El tratamiento siempre debe ser supervisado por el área médico.</p> <p><b>CLASIFICACIÓN DE LA PACIENTES SOSPECHOSOS DE COVID 19:</b> Bajo riesgo de COVID-19 (Contacto con persona confirmada y presencia de síntomas relacionados al COVID 19: tos seca, dolor de garganta, dolor de cabeza, dolores articulares, rinorrea (moquera), pérdida de capacidad para percibir sabores y olores, diarrea (Enfermedad leve)</p>
		<p><b>PROMOCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distanciamiento físico (mantener una distancia entre 1 a 2 metros).</li> <li>• Lavado frecuente de manos con agua y jabón (20 segundos).</li> <li>• Uso de alcohol en gel para desinfectar las manos.</li> <li>• Usar mascarilla o barbijo.</li> </ul> <p><b>PREVENCIÓN:</b> Suplementos vitamínicos y oligoelementos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Zinc 1 tab. 50 mg cada día o multivitaminas que contengan zinc.</li> <li>2) 1 cápsula cada día Tiamina (Vitamina B1) 1 tableta cada día</li> <li>3) Vitamina C 1 gr 1 comp. cada día por 10 días</li> <li>4) itamina "D" 2000 U.I.: 1 Perla Vía Oral cada 24 horas por 10 días (Contraindicado en enfermedad renal grave).</li> </ol> <p><b>TRATAMIENTO:</b></p> <p>Tratamiento Ambulatorio según evaluación y criterio médico. Esquema 1</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paracetamol 500 mg VO cada ocho horas en caso de fiebre</li> <li>2. Ibuprofeno 400 mg cada 8 hrs en caso de cefalea, odinofagia o mialgias intensas. Según criterio médico.</li> </ol> <p>Opción 2: Indometacina tab 25 mg c/ 8 horas.</p>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Antigripal en caso de Síntomas gripales (paracetamol + clorfeniramina + pseudoefedrina). En este caso suspender paracetamol. El tiempo es según criterio médico.</li> <li>4. Ácido Acetil Salicílico 100 mg: 1 Tab. Vía Oral cada día por 10 días.</li> <li>5. Omeprazol 20 mg.: 1 Cáps. Vía Oral cada 12 hrs. por 10 días. Si tiene problemas o antecedente de gastritis.</li> <li>6. Sales de Rehidratación Oral en caso de diarrea y deshidratación</li> <li>7. IVERMECTINA dosis entre 200 a 600 ug/Kg peso, debido al amplio margen de seguridad de esta droga. La dosis total debe dividirse en dos tomas. Una cada día por dos días. Al no haber una evidencia científica concluyente debe administrarse previo consentimiento informado del paciente.</li> <li>8. Como medicación compasiva, dependiendo del criterio médico se pueden utilizar también: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidroxicloroquina 200 mg cada 12 hrs. por 7 días</li> <li>• Lopinavor/Ritonavor 200/50 mg 2 comprimidos cada 12 hrs.</li> </ul> </li> <li>9. En caso de sospechar una infección bacteriana sobre agregada con clínica o laboratorios, administrar uno de los siguientes esquemas de antibióticos sugerido: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Azitromicina 500 mg cada día por 5 días ó</li> <li>• Claritromicina 500 mg cada 12 hrs. por 7 días.</li> <li>• Levofloxacina 500 mg cada día por 7 días ó</li> </ul> </li> </ol>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amoxicilina más Ácido Clavulánico 875/125, mg 1 cada 12 hrs por 7 días.</li> <li>• Doxiciclina 100 mg 1 cada 12 hrs. por 5 días</li> <li>• Penicilina Forte 1 vez IM</li> <li>• Amoxicilina tab. 1 gr cada 12 horas por 5 días.</li> </ul> <p>OXÍGENO SUPLEMENTARIO si la saturación de oxígeno es menor a 90%, por puntas nasales.</p>
<b>SEDES CHUQUISACA</b>	Señale la fecha de inicio de rastrillaje en el departamento y la cantidad de rastrillajes realizados a la fecha.	De acuerdo con el Informe Técnico CITE: D.D. CH. N° 281/2020, de 6 de octubre, refiere que no se adjunta respuesta al punto 6, porque el mismo no fue generado por el área en cuestión
	¿Cuáles son los datos oficiales obtenidos de los rastrillajes realizados a nivel departamental, respecto a la cantidad total de personas alcanzadas, cantidad total de tomas de pruebas realizadas y cantidad total de positivos?, asimismo, informe la cantidad de kits de medicamentos que se entregaron.	De acuerdo con Informe Técnico CITE: D.D. CH. N° 281/2020, de 6 de octubre, refiere que no se adjunta respuesta al punto 7, porque el mismo no fue generado por el área en cuestión.
	¿Cuál es la norma administrativa que autoriza la lista oficial de los medicamentos a ser entregados en los rastrillajes a nivel departamental y su respectiva entrega?	Mediante Informe con CITE: JDF N° 239/2020 de 25 de septiembre de 2020. La Ley N° 1737 del Medicamento y el Decreto Supremo N° 25235, Sistema Nacional de Vigilancia y Control de Medicamentos; asimismo, se tomó criterios del Comité Científico.

<b>SEDES TARIJA</b>	Señale la fecha de inicio de rastrillaje en el departamento y la cantidad de rastrillajes realizados a la fecha.	Se inició a partir del 23 de junio 2020, no indican la cantidad.
	¿Cuáles son los datos oficiales obtenidos de los rastrillajes realizados a nivel departamental, respecto a la cantidad total de personas alcanzadas, cantidad total de tomas de pruebas realizadas y cantidad total de positivos?, asimismo, informe la cantidad de kits de medicamentos que se entregaron.	Total personas alcanzadas = 8.745 Total de pruebas realizadas = 83.745 Total de pruebas positivos = 5.367 No indican la cantidad de kits de medicamentos que entregaron.
	¿Cuál es la norma administrativa que autoriza la lista oficial de los medicamentos a ser entregados en los rastrillajes a nivel departamental y su respectiva entrega?	Decreto Supremo N° 4174 del 04.03.2020 Resolución del Consejo Técnico 010/20 del 25.05.2020 de creación de la "Guía técnica para el manejo ambulatorio de pacientes COVID-19" Instructivo MS/DPCH/IN38/2020 del Ministerio de Salud de Bolivia de fecha 22.07.2020.
<b>SEDES SANTA CRUZ</b>	Señale la fecha de inicio de rastrillaje en el departamento y la cantidad de rastrillajes realizados a la fecha.	El Coordinador de Redes Urbanas y Hospitales, informó:  Se inicia con el informe técnico del Director de la Red Municipal de Salud, dirigido al Alcalde Municipal, el cual en cumplimiento a la Ley 602 Desastres Naturales realizan la declaratoria de desastre municipal, formalizando el requerimiento al Gobierno Autónomo Departamental, el cual a través del Comité de Emergencia es remitido a la Comisión de Salud para el análisis y aprobación correspondiente.
<b>SEDES BENI</b>	Señale la fecha de inicio de rastrillaje en el departamento y la cantidad de rastrillajes realizados a la fecha.	El Inicio del rastrillaje en el departamento del Beni fue el 01 de junio de 2020.
	¿Cuáles son los datos oficiales obtenidos de los rastrillajes realizados a nivel departamental, respecto a la cantidad total de personas alcanzadas, cantidad total de tomas de pruebas realizadas y cantidad total de positivos?, asimismo, informe la cantidad de kits de medicamentos que se entregaron.	Los datos oficiales sobre el número total de personas alcanzadas se encuentran en las planillas adjuntas.
	¿Cuál es la norma administrativa que autoriza la lista oficial de los medicamentos a ser entregados en los rastrillajes a nivel departamental y su respectiva entrega?	Cabe informar que no existe lista oficial de medicamentos de rastrillaje, lo que se aplica es la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (LINAME), basada en la normativa de la Ley 1737 Ley del Medicamento y su Decreto Reglamentario 235, Regulación Farmacéutica No. 20 bajo Resolución Ministerial 0104 del 16 de marzo del 2018.
<b>SEDES PANDO</b>	Señale la fecha de inicio de rastrillaje en el departamento y la cantidad de rastrillajes realizados a la fecha.	El responsable de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Sedes Pando informa que el rastrillaje inició en 15 de junio al 21 de junio del 2020, realizado en el municipio de Cobija, en 85 barrios y 9.179 familias en total.  El rastrillaje se llevó a cabo sólo en el municipio de Cobija.
	¿Cuáles son los datos oficiales obtenidos de los rastrillajes realizados a nivel departamental, respecto a la cantidad total de personas alcanzadas, cantidad total de tomas de pruebas realizadas y cantidad total de positivos?, asimismo, informe la cantidad de kits de medicamentos que se entregaron.	El responsable de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Sedes Pando hace conocer que a nivel departamental se realizó rastrillaje únicamente en el municipio de Cobija:  1.- Personas alcanzadas: Durante el rastrillaje el número de atenciones fue 9.156 personas de un total de 9.179 familias por barrio.

		<p>2.- Tomas de pruebas realizadas y total positivos: No se realizaron pruebas; sin embargo, se diagnosticaron a 819 pacientes con sintomatología clínica y se capturaron a 783 pacientes con factores de riesgo.</p> <p>3.- Cantidad de kits de medicamentos entregados: Se entregaron 760 kits de tratamiento.</p>
	¿Cuál es la norma administrativa que autoriza la lista oficial de los medicamentos a ser entregados en los rastrillajes a nivel departamental y su respectiva entrega?	Mediante CITE: PROGRAMA FARMACIA/N° 101/2020 la Responsable de Farmacia del Sedes Pando hace conocer que la norma es la Ley N° 1737, Ley de Medicamento y su D.S. 25235 Decreto Reglamentario y la Resolución Ministerial N. ° 0104 de fecha 16 de marzo del 2018, de acuerdo con el informe realizado por la Comisión Nacional de Farmacología.

Asimismo, la Defensoría del Pueblo solicitó información a los gobiernos autónomos municipales de las ciudades capitales a nivel nacional y a El Alto para conocer la situación de los rastrillajes, de las notas de respuesta se obtuvo lo siguiente:

GAM	PREGUNTAS	RESPUESTAS
<b>GAM EL ALTO</b>	Informe la fecha de inicio de rastrillaje en el municipio y la cantidad de rastrillajes realizados, señalando las instancias con las que se coordinó.	Se aclara que el Gobierno Autónomo Municipal de El Alto, a través de la Dirección de Salud dependiente de la Secretaría Municipal de Salud y Deportes, realiza “Cordones Sanitarios”, se coordinó con las Juntas de Vecinos, la Fuerzas Armadas y la Policía.
	¿Cuáles son los datos oficiales obtenidos de los rastrillajes realizados a nivel municipal, respecto a la cantidad total de personas alcanzadas, cantidad total de tomas de pruebas realizadas y cantidad total de positivos?, asimismo, informe la cantidad de kits de medicamentos que se entregaron.	Se aclara que el Gobierno Autónomo Municipal de El Alto, a través de la Dirección de Salud dependiente de la Secretaría Municipal de Salud y Deportes, realiza “CORDONES SANITARIOS”.
	¿Cuál fue la instancia que autorizó la lista oficial de los medicamentos a ser entregados en los rastrillajes a nivel municipal y su respectiva entrega?	En respuesta a la pregunta, se informa que la lista oficial de los medicamentos fue autorizada tanto por el Ministerio de Salud y el Servicio Departamental de Salud Sedes La Paz de acuerdo con los protocolos que se emitieron para combatir el COVID-19-
<b>GAM SUCRE</b>	Informe la fecha de inicio de rastrillaje en el municipio y la cantidad de rastrillajes realizados, señalando las instancias con las que se coordinó.	Se dio inicio a la actividad de rastrillaje el 30 y 31 de julio del 2020 con brigadas médicas domiciliarias por parte de la Gobernación (Sedes), municipio (Dirección Municipal de Salud) y la Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca con el apoyo de los internos del área de salud (Medicina, Enfermería y Bioquímica), con el fin de identificar a pacientes con síntomas leves positivos y sospechosos COVID-19 y contactos directos para que una vez identificados se le realice la entrega de medicamentos y tomas de pruebas rápidas y prueba PCR.
	¿Cuáles son los datos oficiales obtenidos de los rastrillajes realizados a nivel municipal, respecto a la cantidad total de personas alcanzadas, cantidad total de tomas de pruebas realizadas y cantidad total de positivos?, asimismo, informe la cantidad de kits de medicamentos que se entregaron.	El dato obtenido en los rastrillajes realizados a nivel municipal en general se detalla a continuación: Distritos: I, II, III, IV, V, VI No. De RRHH Brigadas: 126 No. De pacientes positivos visitados: 1122 No. De pacientes sospechosos detectados: 1845 <b>Total pacientes atendidos: 10044</b> No. Familias visitadas: 14564 <b>Total de pruebas realizadas: 267</b> No. De muestras para PCR: 4 <b>Total kits de medicamentos entregados: 778</b>



¿Cuál fue la instancia que autorizó la lista oficial de los medicamentos a ser entregados en los rastrillajes a nivel municipal y su respectiva entrega?

La autoridad máxima que instruyó el listo oficial de medicamentos fue el Comité Técnico Científico Departamental de Chuquisaca, aprobado en una reunión con apoyo unánime por todos los integrantes para así evitar complicaciones y decesos, la entrega estaba a cargo de la Dirección Municipal de Salud, en coordinación con los coordinadores distritales de salud y las jefaturas médicas distritales.

Instancia que proporcionó los protocolos de medicamento, según el caso clínico, fue el Comité Técnico Científico departamental de Chuquisaca.

1.- Paciente asintomático y sintomatología leve esquema I, seguimiento y monitorización de la respuesta clínica

N°	MEDICAMENTO PRESENTACIÓN	DOSIS TIEMPO DE TRATAMIENTO
1	Omeprazol de 20 mgrs	1 cápsula cada 12 horas por 10 días.
2	Ácido Acetil Salicílico 100 mgrs	1 tableta cada 24 horas por 10 días.
3	Antigripal compuesto	1 comprimido cada 8 horas por 5 días.
4	Ibuprofeno 400 mgrs	1 tableta cada 8 horas por 5 días.
5	Vitamina C 1 grs	1 tableta vía oral cada 8 horas
6	Vitamina d 2000U.I.	1 perla cada 24 horas por 10 días.
7	Zinc 20 mgrs	1 tableta vía oral cada 12 horas

2.- Pacientes con sintomatología respiratoria leve esquema II, seguimiento y monitorización de la respuesta clínica.

N°	MEDICAMENTO PRESENTACIÓN	DOSIS TIEMPO DE TRATAMIENTO
1	Omeprazol de 20 mgrs	1 cápsula cada 12 horas por 10 días.
2	Ácido Acetil Salicílico 100 mgrs	1 tableta cada 24 horas por 10 días.
3	Ibuprofeno 400 mgrs	1 tableta cada 8 horas por 5 días.
4	Vitamina C 1 gr	1 tableta vía oral cada 8 horas
5	Vitamina d 2000U.I.	1 perla cada 24 horas por 10 días
6	Zinc 20 mgrs	1 tableta vía oral cada 12 horas

7.- Opción 1.- Si se sospecha de una infección bacteriana.

- A) Amoxicilina/sulbactan 875/125 1 tableta cada 12 horas por 7 días.
- B) Claritromicina 500 mgrs 1 comprimido cada 12 horas por 7 días, vía oral
- C) Levofloxacina 500 mgrs cada día por 7 a 14 días, vía oral.

8.- Opción 2: a) o, b) o C) o.

- a.) Ivermectina 6 mgrs 400ug/kg/dosis – 4 comprimidos dosis única.
- b) Hidroxicloroquina dosis de carga primer día 400 mgrs VO cada 12 horas.

		<p>Dosis de mantenimiento 200 mgrs VO cada 12 horas por 10 días.</p> <p>c) Ivermectina 6 mgrs 400/kg/dosis 4 cápsulas dosis única más Hidroxicloroquina: dosis de carga primer día 400 mgrs VO cada 12 horas.</p> <p>Dosis de mantenimiento 200 mgrs VO cada 12 horas por 10 días.</p>														
<b>GAM TARIJA</b>	<p>Informe la fecha de inicio de rastrillaje en el municipio y la cantidad de rastrillajes realizados, señalando las instancias con las que se coordinó.</p>	<p>El rastrillaje mediante brigadas médicas conformadas por personal de salud y apoyos a las mismas, así también un equipo de personal bioquímico a cargo de la toma de pruebas rápidas, que se realizaban a pacientes sospechosos identificados casa a casa por las brigadas de los barrios con alta prevalencia de acuerdo con casos positivos de COVID-19. Cabe anotar que los kit de medicamentos fueron entregados a la totalidad de pacientes identificados como reactivos en fase inicial y activa, mediante el descargo de los medicamentos FIM de Referencia de Cercado a los centros de salud de la jurisdicción al barrio donde se realiza la actividad, en tal sentido es que se coordina tanto con la Red de Salud de Cercado, personal de salud del centro asignado, autoridades de barrio.</p>														
	<p>¿Cuáles son los datos oficiales obtenidos de los rastrillajes realizados a nivel municipal, respecto a la cantidad total de personas alcanzadas, cantidad total de tomas de pruebas realizadas y cantidad total de positivos?, asimismo, informe la cantidad de kits de medicamentos que se entregaron.</p>	<p>Se realizó un total de 10.210 familias intervenidas cuyos integrantes son 3.617 menores de 5 años, 3.178 de 5 a 59, 5.081 de más de 60 años, 2.503 casos sospechosos y los pacientes tratados mencionados es acorde a los positivos que se encuentran ya tratados.</p> <p><b>NÚMEROS DE PRUEBAS RÁPIDAS REALIZADAS EN BARRIOS PREVALENTES EN CERCADO</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Barrio</th> <th>Pruebas realizadas</th> <th>No reactivas</th> <th>Reactivas</th> <th>IGM</th> <th>IGM IGG</th> <th>IGG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>32</td> <td>1.953</td> <td>1.426</td> <td>527</td> <td>95</td> <td>299</td> <td>133</td> </tr> </tbody> </table> <p>Aclarar que los medicamentos se entregan a pacientes en fase inicial y activa ya que no amerita la entrega de kit de medicamentos a pacientes en fase de recuperación.</p>	Barrio	Pruebas realizadas	No reactivas	Reactivas	IGM	IGM IGG	IGG	32	1.953	1.426	527	95	299	133
	Barrio	Pruebas realizadas	No reactivas	Reactivas	IGM	IGM IGG	IGG									
32	1.953	1.426	527	95	299	133										
<p>¿Cuál fue la instancia que autorizó la lista oficial de los medicamentos a ser entregados en los rastrillajes a nivel municipal y su respectiva entrega?</p>	<p>A partir de la guía técnica operativa de manejo ambulatorio de pacientes COVID-19 implementada por la instancia máxima en salud el 16/05/20, donde se establece el tratamiento de acuerdo con esquemas, lo cual faculta a la disposición y emisión de medicamentos desde la FIM de referencia municipal y la entrega de los mismos a los centros de salud.</p> <p>De acuerdo con INSTRUCTIVO MS/DPCH/IN/42/2020 de fecha 29 de julio de 2020, emitido por el Ministerio de Salud, instructivo sobre la dotación de medicamentos para 1er. y 2do. nivel de atención.</p>															
<b>GAM TRINIDAD</b>	<p>Informe la fecha de inicio de rastrillaje en el municipio y la cantidad de rastrillajes realizados, señalando las instancias con las que se coordinó.</p>	<p>Como se explicó anteriormente ante la Declaratoria de Desastre Municipal, todas las acciones se concentraron en una única institucionalidad, donde formaban parte los tres niveles de Estado y las demás instituciones mencionadas, en la cual se planificó el rastrillaje en la jurisdicción municipal en fecha 01 de junio al 10 de junio de 2020 (excede la semana de trabajo debido a las inclemencias del tiempo en aquella ocasión, lo cual retrasó el trabajo a realizar). Fue un único rastrillaje general con el curso de todas</p>														
		<p>las instituciones. Posterior a ello, cada establecimiento de salud es responsable de identificar a pacientes y familiares con signo sintomatología con COVID-19 para su respectivo diagnóstico, tratamiento y seguimiento.</p> <p>Se coordinó entre los tres niveles de Estado, Sociedad Civil Organizada (Comité Cívico del Beni, Comité Cívico de Trinidad y la Provincia Cercado y FEJUVE), SEDES-Beni, Red de Salud 01 Trinidad, FFAA y Policía Boliviana.</p>														

	¿Cuáles son los datos oficiales obtenidos de los rastrillajes realizados a nivel municipal, respecto a la cantidad total de personas alcanzadas, cantidad total de tomas de pruebas realizadas y cantidad total de positivos?, asimismo, informe la cantidad de kits de medicamentos que se entregaron.	Se adjunta copia del informe emitido por la Responsable de Brigadas Médicas COVID-19 de la Red 01 Trinidad. (El informe adjunto es un reporte de todos los municipios en el cual intervino la Red de Salud como coordinación interinstitucional).
	¿Cuál fue la instancia que autorizó la lista oficial de los medicamentos a ser entregados en los rastrillajes a nivel municipal y su respectiva entrega?	La autorización para el manejo único del protocolo para el coronavirus COVID-19 se estableció en la instancia de coordinación interinstitucional donde participaron los tres niveles de Estado e instituciones antes nombradas, a la cabeza del Sedes – Beni y con el concurso de directores de hospitales, jefes de servicios y profesionales médicos especialistas
<b>GAM COBIJA</b>	Informe la fecha de inicio de rastrillaje en el municipio y la cantidad de rastrillajes realizados, señalando las instancias con las que se coordinó.	El municipio implementó el Proyecto de Vigilancia Epidemiológica Activa, para la prevención y control del coronavirus en el municipio de Cobija, desde el 15 al 19 de junio, para la generación de información y toma de decisiones oportunas, donde se gestionó la contratación de 70 RR.HH. para fortalecer los servicios de salud de primer nivel, donde se realiza la búsqueda y captación de pacientes COVID-19. En coordinación con Sedes y el municipio.
	¿Cuáles son los datos oficiales obtenidos de los rastrillajes realizados a nivel municipal, respecto a la cantidad total de personas alcanzadas, cantidad total de tomas de pruebas realizadas y cantidad total de positivos?, asimismo, informe la cantidad de kits de medicamentos que se entregaron.	Se cuenta con la información de seis centros de salud que realizaron el rastrillaje: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cantidad de personas alcanzadas, 17.623.</li> <li>- Cantidad de tomas de prueba, 1.237.</li> <li>- Cantidad total de positivos, 1.271.</li> <li>- Cantidad de kits de medicamentos entregados 960.</li> </ul>
	¿Cuál fue la instancia que autorizó la lista oficial de los medicamentos a ser entregados en los rastrillajes a nivel municipal y su respectiva entrega?	La instancia que autorizó la lista oficial de medicamentos a ser entregados en el rastrillaje a nivel municipal es el Sedes Pando, analizados y aprobados por la Sociedad Científica de Medicina Interna y Pediatría y Neonatología. Mediante los instructivos 09/2020 y 11/2020, emitido por el Programa Seguros Públicos, Sedes Pando.

De la revisión de las notas de prensa que reflejaban el desarrollo de estas actividades “preventivas”, se pudo observar que con relación a Equipos de Protección Personal de Bioseguridad (EPP) y capacitación previa de los participantes de las brigadas, no se cuenta con este tipo de información, solamente en un rastrillaje se detalló que sí contaban con Equipos de Protección Personal de Bioseguridad<sup>278</sup> y que recibieron capacitación previa al rastrillaje.

Esta actividad se inició en junio, en el departamento del Beni, para detectar casos de coronavirus y otros problemas de salud, y además para la entrega de alimentos. Fue el primero en realizar esta actividad, el Ministro de Defensa informó que el 1° de junio se realizó el rastrillaje “casa por casa” en la ciudad de Trinidad, este operativo fue desplegado en coordinación con las Fuerzas Armadas, Policía, bomberos, médicos y funcionarios municipales. En la foto que acompaña a la nota de prensa, se advierte que la brigada que realizaba el rastrillaje no contaba con equipos de bioseguridad mínimos. En esta actividad, se entregó más de 2.330 canastas de

<sup>278</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/cochabamba/20200810/brigadas-visitaron-4-mil-familias-fin-semana-rastrillajes-COVID-19-19>

alimentos, llegando a 33.097 familias; se han encontrado 257 casos, 30 sospechosos y 227 confirmados.<sup>279</sup>

Como parte de conclusiones de esta actividad que se alargó hasta el 8 de junio, el Ministerio de Salud informó que se alcanzó a visitar 19.188 domicilios en Trinidad, a 29.522 familias y 111.997 personas, y que este rastrillaje permitió identificar a 1.050 personas sospechosas de coronavirus, además los médicos examinaron a 1.038 hombres y mujeres con otros problemas de salud. Finalmente, señalaron que el rastrillaje epidemiológico en Trinidad logró una cobertura del 97% de los barrios tributarios (...) <sup>280</sup>.

Por otra parte, el Secretario Departamental de Desarrollo Humano de la Gobernación de Beni informó, el 19 de junio, que se inició el rastrillaje de pacientes sospechosos y con coronavirus en el municipio de San Ramón, de la provincia Mamoré, para brindarles medicamentos gratuitos para su tratamiento y realizar la desinfección domiciliaria. <sup>281</sup>

En junio, el municipio de El Alto también se iniciaron los rastrillajes, el 4 de junio el Director Municipal de Salud de la Alcaldía informó sobre el inicio de las visitas “casa por casa” en la zona Paz Zamora, en coordinación con el Sedes La Paz. Este operativo contó con 50 médicos y enfermeras, en esta actividad se entregó 500 kits de tratamiento para los pacientes que presentaban sintomatología leve. Cada uno de ellos contenía medicamentos para aumentar el sistema inmunológico, vitamina C, zinc, omega 3, ibuprofeno, y si hubiesen antecedentes de várices o problemas con trombos, la aspirina; omeprazol para los que tienen gastritis o úlcera; y antigripales. A las personas con problemas respiratorios, se les dio azitromicina para evitar infecciones bacterianas, esta actividad detectó 876 personas sospechosas, y de ellas 120 dieron positivo al COVID-19 a través de las pruebas rápidas, por lo que fueron aisladas en sus domicilios, incluso las más graves fueron transferidas a un centro de aislamiento u hospital de segundo o tercer nivel, previa reconfirmación por prueba PCR en tiempo real. Finalmente, señalaron que estas brigadas recibieron el 99% de colaboración de los vecinos. <sup>282</sup>

El 18 de julio, el Sedes La Paz informó que el rastrillaje y búsqueda de casos de coronavirus en el municipio rural de Quime contó con la participación de cinco brigadas del personal de salud de este municipio y dos del Sedes, no se entregaron medicamentos, se realizaron pruebas rápidas a 37 casos detectados como sospechosos, y se encontró seis casos positivos, para luego realizarles la prueba de PCR. <sup>283</sup>

En el departamento de Santa Cruz, el COED informó, el 20 de junio, que a raíz del rastrillaje domiciliario denominado “Cruzada por la Vida” en el Distrito 7, zona Villa Primero de Mayo,

<sup>279</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/pais/rastrillaje-casa-casa-detecta-227-casos-confirmados-COVID-19-19-trinidad/20200601213136770668.html>

<sup>280</sup> <https://www.minsalud.gob.bo/4265-brigadas-de-salud-visitaron-mas-de-29-000-familias-de-trinidad-para-prevenir-el-contagio-de-Coronavirus>

<sup>281</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=451517](https://www1.abi.bo/abi_/?i=451517)

<sup>282</sup> [https://eldeber.com.bo/pais/rastrillaje-en-el-alto-detectan-120-casos-positivos-de-COVID-19-19-en-una-sola-urbanizacion\\_188656](https://eldeber.com.bo/pais/rastrillaje-en-el-alto-detectan-120-casos-positivos-de-COVID-19-19-en-una-sola-urbanizacion_188656)

<sup>283</sup> <https://www.la-razon.com/sociedad/2020/07/18/rastrillaje-en-el-area-rural-hallaron-seis-posibles-casos-de-COVID-19-19-en-quime/>

donde participaron 1.100 efectivos de las Fuerzas Armadas (FFAA) y 1.100 voluntarios, se alcanzó a 39.231 personas, en un promedio de 5.838 hogares. De este número de personas, encontradas en el rastrillaje y asistencia médica, se ha detectado 6.225 sospechosos leves, 794 medianamente sospechosos y 956 altamente sospechosos, haciendo un total de 7.975 (...).<sup>284</sup> Respecto a los 1.100 voluntarios que participaron en los rastrillajes, no se informó si estas personas contaban con EPP de Bioseguridad y si fueron capacitados. Según el Portal “Los Tiempos” a raíz de un informe oficial, en 11 distritos municipales se detectaron 66.000 casos sospechosos de coronavirus. Se visitaron 83.590 familias y se logró tomar los datos de 468.491 personas.<sup>285</sup>

En el departamento de Pando, se informó, el 20 de junio, sobre el rastrillaje “casa por casa”, actividad realizada por brigadas médicas que preguntaban a la población qué síntomas tenían y, en función a las respuestas, dejaban kits de medicamentos, pero a nadie le hicieron pruebas porque no contaban con estos insumos. Un funcionario manifestó que entre el kit de medicamentos entregaron ivermectina con cotrimoxazol y en otras zonas les dejaron ivermectina con azitromicina y vitaminas. Se habría alcanzado un 60% de los habitantes y se reportó hasta tres a cuatro casos positivos por cuadra. Esta actividad se desarrolló en medio de conflictos políticos entre las autoridades departamentales, quienes se acusaron de acoso político y por manipular a las brigadas para desorganizar el trabajo.<sup>286</sup> Se reportó que se logró detectar 80 contagios sospechosos de coronavirus y se aplicó el protocolo de aislamiento y tratamiento, esta actividad alcanzó 17 barrios, 1.146 familias y 1.029 atenciones.<sup>287</sup>

En el departamento de Tarija, se reportó que el 26 de junio se realizó el rastrillaje con la participación de brigadas médicas, en el cual no se entregaron medicamentos pero se realizaron pruebas rápidas que alcanzaron a 3.827 personas, de las cuales 68 resultaron positivas.<sup>288</sup>

El Secretario de Coordinación de la Gobernación informó, el 10 de agosto, que se realizó un rastrillaje por parte del Sedes en todo el departamento, en el cual se habrían entregado kits de medicamentos y realizado pruebas rápidas, llegando a 30.000 en total, alcanzando el 6% de la población, según esa autoridad, la cifra más alta en todo el país.<sup>289</sup>

En el departamento de Cochabamba, el Responsable de Vigilancia Epidemiológica del Sedes reportó, el 3 de julio, el rastrillaje “por casas”, donde no se entregaron medicamentos y se identificaron al menos 77 sospechosos con síntomas de coronavirus, 52 aislamientos domiciliarios de forma preventiva y un traslado a hospital, además refirió que tuvieron inconvenientes por el contagio y renuncia de voluntarios y los conflictos sociales en la zona de K’ara K’ara, al sur de la ciudad.<sup>290</sup>

<sup>284</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=451585](https://www1.abi.bo/abi_/?i=451585)

<sup>285</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20200702/rastrillajes-hallan-casi-70-mil-casos-sospechosos-10-ciudades>

<sup>286</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/pais/rastrillaje-medico-pando-halla-4-casos-COVID-19-19-cuadra/20200620162248773603.html>

<sup>287</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20200702/rastrillajes-hallan-casi-70-mil-casos-sospechosos-10-ciudades>

<sup>288</sup> [https://eldeber.com.bo/pais/en-tarija-detectan-21-casos-de-COVID-19-19-durante-campana-de-rastrillaje\\_187534](https://eldeber.com.bo/pais/en-tarija-detectan-21-casos-de-COVID-19-19-durante-campana-de-rastrillaje_187534)

<sup>289</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=454169](https://www1.abi.bo/abi_/?i=454169)

<sup>290</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20200703/cochabamba-rastrillaje-identifico-77-casos-sospechosos-uno-se-derivo>

Posteriormente, el 10 de agosto, se informó que brigadas médicas realizaron el rastrillaje en la ciudad de Cochabamba, participó personal de salud, con las respectivas medidas de bioseguridad y distanciamiento social, no se entregó medicamentos y se alcanzó a 3.953 familias, en más de 3.000 viviendas.<sup>291</sup>

El Director del Sedes de Cochabamba informó, el 31 de agosto, que se realizó rastrillaje con distintas brigadas, y se llegó a más de 60.000 familias, 1.879 viviendas rechazaron el control y otras 4.569 se observaron sin habitantes y se detectó 893 casos positivos de COVID-19 y 1.422 personas sospechosas.<sup>292</sup>

En el departamento de La Paz, el Sedes informó, el 13 de julio, que se realizó el rastrillaje en las zonas El Rosal y Bajo Llojeta y zonas 12 de Octubre y Villa Dolores del municipio de El Alto, donde no se entregaron medicamentos y se encontró 240 casos sospechosos y 43 casos positivos.<sup>293</sup>

El Ministerio de Trabajo Empleo y Previsión Social emitió un comunicado, el 20 de agosto, en el que confirma la suspensión de actividades para el viernes 21 y el viernes 28 de agosto en el municipio de La Paz, debido al “megarrastrillaje” que organiza la Alcaldía paceña junto al Sedes La Paz. El documento señala que el Comité de Operaciones de Emergencia Departamental (COED) La Paz, en fecha 18 de agosto del presente año, puso a conocimiento del Ministerio de Trabajo solicitando la suspensión de actividades públicas y privadas para esos dos días.<sup>294</sup>

El Alcalde de La Paz y Sedes informaron, el 31 de agosto, que se realizó el “megarrastrillaje”, y se entregó kits de medicamentos. Se hallaron 4.000 casos positivos de COVID-19 en el municipio paceño, de un total de 4.600 pruebas realizadas, y se visitó a más de 125.000 personas. Además, señalaron que realizarán servicio *delivery* para la toma de pruebas y entrega de medicamentos.<sup>295</sup>

El 3 de septiembre, el Director del Sedes informó que el “megarrastrillaje” se extenderá a nueve municipios en septiembre, con el objetivo de detectar casos de coronavirus COVID-19, además refirió que aplicarán las pruebas rápidas para detectar la enfermedad y entregarán kits de medicamentos.<sup>296</sup> El Coordinador del Área Rural señaló que, dando cumplimiento al cronograma, el rastrillaje en el área rural se desarrollará todo el mes de septiembre en una primera etapa, y que en la actividad desarrollada por la Red de Salud Rural 13, en los municipios de San Antonio y Calamarca, se detectaron 27 personas sospechosas, de las cuales siete resultaron negativos

<sup>291</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/cochabamba/20200810/brigadas-visitaron-4-mil-familias-fin-semana-rastrillajes-COVID-19-19>

<sup>292</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/cochabamba/20200831/vivo-resultados-del-rastrillaje-desconfinamiento>

<sup>293</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/7/13/rastrillaje-en-la-paz-el-alto-detecta-43-casos-positivos-de-COVID-19-19-261165.html>

<sup>294</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/8/20/ministerio-de-trabajo-confirma-suspension-de-actividades-en-la-paz-por-el-rastrillaje-265166.html>

<sup>295</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/8/31/el-megarrastrillaje-detecto-4000-casos-de-COVID-19-19-en-la-paz-266340.html>

<sup>296</sup> <https://www1.abi.bo/abi/?i=455606>

y 20 positivos.<sup>297</sup> En el municipio de Yanacachi, se informó que hubo una buena recepción de la población que colaboró con nuestro trabajo. Llevamos más de 120 pruebas y hallamos a varios pacientes positivos.<sup>298</sup> En el municipio de Calamarca, se diagnosticaron 20 casos positivos de COVID-19, de un total de 27 pruebas realizadas.<sup>299</sup>

En el departamento de Oruro, el jefe de Salud del Gobierno Autónomo Municipal de Oruro (GAMO) informó, el 10 de agosto, que se realizó rastrillaje con la participación de 100 brigadistas, en el cual se realizaron evaluaciones médicas y se brindó el tratamiento respectivo para pacientes asintomáticos y se tomaron 913 pruebas rápidas, entre las cuales estaban 269 pacientes positivos, y que además se realizaron 219 muestras PCR. Esta actividad alcanzó 4.195 hogares y se registraron a 6.569 personas.<sup>300</sup>

En el departamento de Potosí, el 18 de agosto, de acuerdo con datos proporcionados por el Sedes, se realizó un rastrillaje durante 6 días, no entregaron medicamentos y se alcanzó a 10.252 casas visitadas, 18.919 familias encontradas, 72.799 personas en su domicilio, 16.416 personas entrevistadas, 3.108 casos sospechosos, 1.310 casos positivos por pruebas rápidas, 2.242 casos negativos y un total de pruebas de 3.649.<sup>301</sup>

El Sedes Potosí informó que en los rastrillajes de junio hallaron cerca de 500 casos sospechosos, por lo que estos barridos se ampliaron a municipios como Llallagua y otros del norte de esa región.<sup>302</sup>

En el departamento de Chuquisaca, la Unidad de Epidemiología del Sedes informó, el 22 de agosto, que se realizó un rastrillaje "domiciliario" con duración de 16 días, donde captaron 1.040 casos a través de diagnóstico clínico epidemiológico.<sup>303</sup>

El responsable de planificación y coordinación de la Red 1 de Salud de Sucre informó, el 31 de agosto, que brigadas médicas realizaron rastrillaje, conformadas por 400 brigadistas e integradas por personal del Sedes, de la Alcaldía de Sucre, egresados de la Universidad San Francisco Xavier y voluntarios del Instituto Politécnico Túpac Katari (IPTK), alcanzando a detectar en 23 días de rastrillaje, en 5 distritos urbanos, un total de 9.862 pacientes, 14.060 familias visitadas, diagnosticando un total de 1.479 casos positivos, donde 18 fueron clasificados como graves y el resto entre moderados y leves.<sup>304</sup>

El infectólogo Juan Saavedra, quien formó parte del comité científico que asesoró a la presidenta, pidió el 1 de septiembre al Gobierno que invierta en las pruebas PCR para detectar el COVID-19 y así evitar más contagios masivos. Afirmó que de nada sirven las pruebas

<sup>297</sup> <https://www.SEDESlapaz.gob.bo/blog-node/SEDES-la-paz-realiza-rastrillajes-COVID-19-19>

<sup>298</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/9/14/SEDES-llego-yanacachi-con-120-pruebas-rapidas-268006.html>

<sup>299</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/9/7/de-27-pruebas-tomadas-en-calamarca-20-dieron-positivo-90-ya-supero-el-virus-267162.html>

<sup>300</sup> <https://gamoruro.com/?t=rastrillaje-registro-913-personas--sospechosas-de-Coronavirus-&p=2089>

<sup>301</sup> [https://elpotosi.net/local/20200818\\_segun-datos-preliminares-rastrillaje-hallo-mas-de-1-300-casos-positivos-en-el-municipio.html](https://elpotosi.net/local/20200818_segun-datos-preliminares-rastrillaje-hallo-mas-de-1-300-casos-positivos-en-el-municipio.html)

<sup>302</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20200702/rastrillajes-hallan-casi-70-mil-casos-sospechosos-10-ciudades>

<sup>303</sup> <https://www.periodicobolivia.com.bo/registrar-1-040-casos-de-COVID-19-19-en-16-dias-de-rastrillaje-en-sucre/>

<sup>304</sup> <https://www1.abi.bo/abi/?i=455413>



rápidas que se hacen en los rastrillajes en algunas regiones. En su criterio, las pruebas rápidas no sirven debido a la poca sensibilidad y confiabilidad de un 64%, lo que significa que de cada 10 infectados que sean tratados con esas pruebas, sólo 6 serán correctamente diagnosticados “y a 4 infectados les dará el diagnóstico equivocado de que están sanos, es decir son datos sesgados”, indicó.<sup>305</sup>

De lo publicado por medios de prensa, se constató que a nivel nacional se realizaron rastrillajes en los nueve departamentos, siete durante junio, tres en julio, ocho en agosto y uno en septiembre.

Por otra parte, en la realización de los rastrillajes se presentaron inconvenientes, entre éstos la resistencia de determinados sectores a sujetarse a la encuesta y revisión. Asimismo, de la información obtenida en los medios de prensa, en Cochabamba los conflictos sociales suscitados en la zona de K’ara K’ara al sur de la ciudad generaron dificultades para la ejecución del rastrillaje. En Pando, el rastrillaje se dio en medio de conflictos políticos que entorpecieron la atención de la emergencia sanitaria. La Vicegobernadora denunció al gobernador por acoso político y por manipular a las brigadas para desorganizar el trabajo. Finalmente, en el departamento de La Paz se registraron agresiones físicas y verbales al personal médico que realizaba esta actividad.

El cuadro adjunto refleja el alcance de los rastrillajes en cuanto a la cantidad de personas visitadas en relación a la cantidad de población de un municipio, con el objeto de evidenciar si la muestra ha sido significativa:

MUNICIPIO/ DEPARTAMENTO	FECHA DE RASTRILLAJE	CASOS SOSPECHOSOS	CASOS CONFIRMADOS	CANTIDAD DE PERSONAS VISITADAS	CANTIDAD DE POBLACIÓN DEL MUNICIPIO/ DPTO. * DATOS INE - CENSO 2012	PORCENTAJE ALCANZADO
Trinidad - Beni	1-8 de junio	1.050	-----	111.997	422.008 (Dpto.)	26%
San Ramón – Provincia Mamoré - Beni	19 de junio	S/D				
La Paz y el Alto - La Paz	13 de julio	240	43			
La Paz - La Paz	21 – 23 agosto 28 – 30 agosto		4.000	125.000	764.617 (Municipio)	16%
9 Municipios del Área Rural - La Paz	3 de septiembre	S/D E				
San Antonio y Calamarca			20	27	12.416 (Calamarca Municipio)	0.2%
Ynacachi			SD	120	6.420 (Municipio)	2%
El Alto - La Paz	4 de junio	876	120			

<sup>305</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/9/1/infectologo-de-nada-sirven-las-pruebas-rapidas-en-rastrillajes-266428.html>

<b>Quime - La Paz</b>	18 de julio	37	6			
<b>Santa Cruz de la Sierra - Santa Cruz</b>	20 de junio	6.225 Sospechosos Leves		39.231	1.453.549 (municipio)	3%
		794 Sospechosos Medios				
		956 Sospechosos Altos				
		Total 7.975 Sospechosos				
		66.000		468.491	1.453.549 (municipio)	32%
<b>Pando - Pando</b>	20 de junio		3 a 4 Personas positivas por cuadras	1.018	110.436 (dpto.)	60% de habitantes *(nota de prensa) 1%
<b>Regiones - Tarija</b>	26 de junio		68	3.827	205.346 (municipio)	2%
<b>Tarija</b>	10 de agosto					30.000 Pruebas rápidas que alcanzan al 6% de la Población* (nota de prensa)
<b>Cochabamba - Cochabamba</b>	3 de julio	77 Sospechosos 52 Aislamientos Domiciliarios 1 Traslado a Hospital				
<b>Cochabamba - Cochabamba</b>	10-31 agosto	1.422	893			
<b>Oruro - Oruro</b>	10 de agosto		269 Positivos 219 PCR	6.569	264.683 (municipio)	2%
<b>Potosí - Potosí</b>	18 de agosto	3.108 Casos	1.310	16.416	189.652 (municipio)	9%
<b>Potosí - Potosí</b>	junio	500				
<b>Chuquisaca</b>	22 de agosto		1.479	9.862	259.388 (municipio)	4%
Elaboración de la Defensoría del Pueblo con base en datos de prensa.						

De esta forma, se han desarrollado los rastreos a nivel nacional en todos los departamentos, con mayor énfasis en áreas urbanas que rurales y con un alcance poco representativo en relación a la cantidad de población de cada municipio o departamento, como se refleja en el cuadro que antecede.

## **SITUACIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS TRABAJADORAS EN SALUD**

### **BIOSEGURIDAD**

El virus de la COVID-19 se transmite entre personas a través del contacto estrecho y de gotículas respiratorias. Además, podría haber transmisión aérea al efectuar procedimientos o administrar tratamientos que generen aerosoles, por lo que la OMS recomendó entre otras cosas el uso adecuado de los Equipos de Protección Personal de Bioseguridad. Estos insumos tienen como fin evitar la transmisión del virus y brindar protección a las personas, en ese sentido, considerando la naturaleza de las funciones del personal de salud, este grupo debe contar con estos elementos y herramientas de trabajo con mayor precaución, considerando que se encuentran en primera línea con pacientes positivos con COVID-19. Por lo que se les debió dotar de estos insumos de manera oportuna, suficiente y adecuada.

Al respecto, la Defensoría del Pueblo, a efecto de constatar la situación del personal de salud, en cuanto a la dotación necesaria de EPP de Bioseguridad, realizó durante la gestión diversas actividades entre verificaciones, entrevistas, toma de testimonios y otros para conocer la situación que vivió y vive el personal de salud en cuanto a la dotación de EPP de bioseguridad. La Coordinación Regional de Desaguadero del departamento de La Paz, el 31 de enero de 2020, realizó una verificación al Centro de Salud de ese municipio, constatando que este referido centro únicamente contaba con dos unidades de EPP de bioseguridad, (Dos Barbijos N95, guantes especiales, botas y lentes de protección).

Durante abril, a efectos de constatar la indumentaria de bioseguridad para el personal de salud, se obtuvo información de los hospitales públicos y de seguridad social a corto plazo del Sistema Nacional de Salud, y se obtuvieron los siguientes datos:

El Centro de Salud del Desaguadero del departamento de La Paz ya contaba con 25 Unidades de EPP de Bioseguridad, en cambio en el Hospital del Niño, de Chuquisaca, su Director refirió que “por el momento cuentan con indumentaria hospitalaria de bioseguridad para un mes aproximadamente”. En el Hospital San Pedro Claver de Sucre (Hospital de segundo nivel, COVID-19), se constató que contaban con los EPP de Bioseguridad; sin embargo, sus administradores refirieron que es insuficiente y que sólo contaban para un mes más. En el Hospital del Niño de la misma ciudad (Hospital de tercer nivel, COVID-19, con prioridad en niños), se constató que contaban con EPP de Bioseguridad; sin embargo, este sólo alcanzaría para un mes más. En el Hospital El Bajío del Oriente de Santa Cruz de la Sierra (Hospital de segundo nivel, no COVID-19), se constató que trabajaban 460 personas y que no contaban con la cantidad adecuada de indumentaria de bioseguridad y que la dotación era escasa. Por día recibirían hasta 13 a 15 EPP de Bioseguridad y que necesitaban al menos 20 de estos insumos para la atención de los Servicios de Emergencia, necesitarían más para Laboratorio y UCI. En el Hospital de la Mujer Percy Boland Rodríguez, de la misma ciudad (Hospital de tercer nivel, COVID-19), contaban con los EPP de Bioseguridad; sin embargo, en escasa cantidad. Finalmente, en el Hospital Viejo de Riberalta del departamento de Beni,

COVID-19, contaban con indumentaria de bioseguridad en pequeñas cantidades y que se estaría haciendo gestiones para mayores adquisiciones con el Sedes y el Ministerio de Salud.

Durante septiembre, se realizaron entrevistas a los directores técnicos de los Sedes, en cuanto a la dotación de EPP de bioseguridad para el personal médico, se les consultó en específico sobre la estrategia de dotación de EPP de Bioseguridad para el personal de salud a nivel departamental, considerando asimismo la periodicidad, cantidad, tipos de equipos (barbijos, batas, guantes, etc.) y sus características. Al respecto, se tiene:

El Director Técnico del Departamento de La Paz manifestó que cada hospital tenía la obligación de comprar los equipos de bioseguridad con su propio presupuesto ya que tienen autonomía de gestión; sin embargo, en algunos casos apoyaron con la dotación, incluso a las provincias. Enfatizó que “el primer y el segundo nivel es potestad de las alcaldías, encargadas de todo el tema administrativo, insumos, medicamentos, los hospitales del tercer nivel son desconcentrados, ellos tienen sus propios presupuestos (...)”. Su colega de Oruro manifestó que se gestionó la dotación de EPP de bioseguridad por municipios, considerando la recomendación de OPS/OMS que se debe usar 25 EPP por persona y que la periodicidad era de acuerdo a la demanda de la población y/o pacientes en cada región. En el departamento de Potosí, la autoridad sanitaria refirió que no existe una estrategia, que sólo se abastece mediante la necesidad de solicitudes por los diferentes niveles de atención que realiza el personal de salud. Es una norma nacional que establece que los hospitales de tercer nivel y los municipios tienen que dotar de EPP de bioseguridad a su personal.

El Director Técnico de Cochabamba señaló que se ha diferenciado la entrega de EPP de Bioseguridad conforme a la necesidad y características del trabajo a realizar por parte del personal de salud en los diferentes servicios, es así que cada hospital y Centro de Salud fue definiendo los mismos. El Jefe de Epidemiología del departamento de Chuquisaca señaló que la dotación se da en función a la actividad que realiza el personal de salud; si la atención es a un paciente confirmado, la dotación es diaria; en cambio, si es atención domiciliaria dura hasta dos o tres días. En Tarija, el Director Técnico señaló que la dotación de EPP fue implementado de acuerdo con las competencias de cada ETA, en los diferentes niveles de atención de pacientes, el hospital de tercer nivel, con recursos desembolsados de la gobernación, los hospitales de segundo nivel, centros y puestos de salud con recursos de los municipios. La dotación y disponibilidad ha variado por falta de recursos económicos, falta de proveedores a nivel local, insumos sin registro sanitario, variación de precios durante el pico de contagios, desabastecimiento y otros. La periodicidad es, aproximadamente, de manera mensual o bimensual, de acuerdo con el lugar de trabajo.

En el departamento de Santa Cruz, el Director Técnico aseveró que se realizó la dotación de EPP de Bioseguridad a todos los hospitales de atención de COVID-19, Hospital Remanso, Hospital Japonés, Hospital San Juan de Dios, Hospital del Niño, Maternidad y hospitales rurales en 56 municipios, a demanda de los hospitales y municipios se continúa realizando la entrega en la misma modalidad. Barbijos entregados fueron los N 95, se adquirió un total de 5 millones, entre equipo de bioseguridad. Para dotación, se entregaron batas impermeables, guantes, lentes antiparras, mascarillas faciales. Finalmente, en el departamento de Pando, el Director Técnico manifestó que en primera instancia el Ministerio de Salud les habría hecho la dotación de lo

que necesitaban de manera urgente y la gobernación posteriormente habría adquirido para el personal del Servicio Departamental de Salud, establecimientos de salud y demás.

De igual manera, se realizaron entrevistas a directores de hospitales públicos, con el objeto de conocer si la dotación de EPP para el personal de salud fue oportuna y adecuada; si a principios de la pandemia (marzo – abril) se les dotó de los equipos de bioseguridad al personal de salud y si recibieron denuncias del personal por falta de esta dotación. Se obtuvo la siguiente información:

En el Hospital Municipal Cotahuma de La Paz, el director refirió que estos equipos los adquirió de manera oportuna, motivo por el cual no tuvieron que comprar con sobreprecio, tenían buen stock de EPP, e inclusive prestaron estos insumos al Hospital de la Portada para que pueda cubrir la demanda de inicio. En la ciudad de El Alto, el Director del Hospital del Norte señaló que el Ministerio de Salud y el Sedes, al inicio de la pandemia, no ayudaron con la dotación de estos insumos, el hospital tuvo que asumir con recursos propios el tema de bioseguridad, recibieron cooperación internacional de las ONGs y ciertas donaciones empero ese material era insuficiente, es así que el personal de salud por el temor requería constantemente de mayores equipos. En Oruro, el Sub Director del Hospital General Bloque Oruro Corea sostuvo que se ha dotado las EPP, empero dijo que fue insuficiente y que tampoco existía en el mercado. Recibió denuncias del personal, ante la imposibilidad de ejercer sus funciones sin el equipo de seguridad respectivo. Y en Potosí, el responsable del Centro COVID-19 manifestó que en una primera fase sí se dotaron pero fue disminuyendo la cantidad, y ante la carencia de estos insumos tuvieron que ser reutilizados debido al descuido de las autoridades. Además, manifestó que se ha vivido situaciones muy trágicas, inclusive el Ministro constató que sus trajes estaban en el patio secando. Los médicos especialistas tuvieron que comprarse estos insumos con sus propios recursos y las quejas o denuncias alcanzaron a un total de 40% de todo el personal de salud.

En el departamento de Cochabamba, se entrevistó al Director del Hospital Solomon Klein, quien refirió que recibió dotación por parte del Gobierno Municipal, Sedes y el Ministerio de Salud; sin embargo, de manera incompleta, ya que a finales de marzo empezaron a recibir pacientes sospechosos de COVID-19. Además, obtuvieron donaciones de empresas privadas y personas particulares; sin embargo, muchos de ellos no fueron acordes para la protección del COVID-19 y por parte del personal de salud recibió pedidos de dotación de EPP de bioseguridad. Aclaró que parte del personal se quejó directamente a la prensa, por lo que inmediatamente la Dirección gestionó ante el G.A.M. de Sacaba la compra de los mismos, lo cual demoró por las formalidades en los procedimientos de adquisición y la escasez en el mercado y en las importadoras. No obstante de ello, se habría gestionado con otras instituciones y conseguido donaciones para cubrir las necesidades del hospital. Por su parte, en el Hospital del Sud la dotación de EPP no fue oportuna ni adecuada, de modo que recibieron donaciones y el personal adquirió con recursos propios. Además, el personal puso a conocimiento del director que requerían de mayor dotación de estos insumos. En el Hospital del Norte señalaron que no se dotó de todo el material de manera oportuna, debido a la gran demanda que existía; sin embargo, no recibió denuncias por parte del personal de salud. El Director del Hospital Clínico Viedma manifestó que la dotación de EPP al personal fue realizada de manera oportuna, desde principios de la pandemia dependiendo del servicio, les dieron mamelucos, batas, guantes, máscaras y gafas de protección, que fueron adquiridos con recursos propios del hospital. Asimismo, se recibieron donaciones por parte del nivel central, ante la escasez de los mismos en el

mercado y las empresas importadoras. Recibió reclamos de parte del personal debido a la carencia de estos insumos y ante las falencias en la adquisición de los mismos.

En el departamento de Chuquisaca, el director del Hospital San Pedro Claver manifestó que a partir de agosto sí contaban con EPP de bioseguridad. El problema fue el precio de los insumos que habrían subido, pero como el hospital depende del municipio, hasta que se haga la licitación y todo lo demás ya se lo habían comprado los insumos otras personas de manera directa. Señala que el barbijo KN95 que costaba Bs 8 subió hasta Bs 35, un barbijo quirúrgico que normalmente cuesta entre 40 ó 50 centavos subió hasta 2 Bs, sobre eso no había proveedores. A esta altura, todos los precios han bajado y las compras fueron con licitación a cargo del municipio. Además, recibió reclamos por parte del personal. En Tarija, el Director del Hospital Regional San Juan de Dios refirió que se dotó de equipos de bioseguridad acorde a la capacidad de adquisición de los mismos en base a requerimiento; sin embargo, se habría recibido denuncias ante la carencia de estos insumos.

En Santa Cruz, la directora del Hospital Japonés manifestó que el personal recibió EPP, se les dotó de barbijos, overoles, gafas, guantes, de acuerdo con el área de trabajo: al personal que está más expuesto se le dotó de equipo completo conforme a las normas de la OMS y las emitidas por el Ministerio de Salud. Sin embargo, señala que el personal ingresó en un estado de miedo y casi terror sobre la pandemia, se les informó que no todos necesitaban portar ciertos EPP y que a través de la Unidad de Docencia realizaron talleres, actividades y se optó por elaborar cápsulas informativas por WhatsApp para explicar cómo deberían usar el equipo y las medidas de protección, para sacarse el mismo, incluso se instaló un consultorio específico para el personal que son un total de 1.200 personas. Se les tomaba pruebas y se les brindaba atención. Con estas acciones redujeron las quejas o denuncias por estos insumos. En el departamento del Beni, se entrevistó al Director del Centro Centinela COVID-19, quien informó que subsistieron gracias a donaciones de ONGs, Club de Leones, amistades, organizaciones de beneficencia, Rotary Club y el Tenista Hugo Dellien, el personal de salud solicitó mayor dotación de estos insumos, pedidos que remitió a las autoridades competentes; sin embargo, no recibieron más de estos equipos. Y en Pando, el Director del Hospital COVID-19 Dr. Hernán Messuti Ribera sostuvo que al inicio de la apertura del nosocomio el personal de salud carecía de dotación de EPP; sin embargo, ésta se hizo de manera constante debido a gestiones realizadas. La última dotación de EPP fue proporcionada por el Ministerio de Salud en septiembre.

Así también, se realizó entrevista a las autoridades de los establecimientos de salud pertenecientes a la Seguridad Social de Corto Plazo, que atendieron casos COVID-19, y se obtuvo la siguiente información:

En La Paz, el Director del Hospital General N° 8 Luis Uría de la Oliva de la Caja Nacional de Salud informó que sí contaban con los EPP y que las falencias se fueron subsanando, recibieron solicitudes especialmente del barbijo KN95, porque es el que mayor protección brinda y no había para comprar, pese que la intención de la administración era la de conseguir esos barbijos, no había en el mercado y los que había estaban caros. El personal de salud entró en pánico, por lo que requerían mayor protección, pero en ese momento no había insumos para adquirirlos y los costos eran muy altos. Por su parte, el Director, la Jefe de Enfermería y la encargada de Epidemiología del hospital de la Caja Petrolera de Salud de La Paz señalaron que ante el gran incremento de

pacientes, sí se quedaron sin equipamiento para la dotación a su personal. Sin embargo, se las “ingeniaron” para paliar esa necesidad, además no podían llegar al 100%, porque todos pedían barbijos KN95 y priorizaron según cada área de trabajo. En Oruro, el Director a.i. del Hospital Obrero N° 4 de la Caja Nacional de Salud señaló que les dotaron de equipos de bioseguridad; sin embargo, reciben permanentemente denuncias ante carencia de estos insumos, pese a la dotación de los EPP. Y en Potosí, el Director y los responsables del centro de aislamiento del Hospital Obrero N° 5 de la Caja Nacional de Salud señalaron que existieron permanentes solicitudes de equipos de seguridad, al personal administrativo se le dotó de barbijos y al personal de salud de acuerdo con los protocolos se les proporcionó mayores medidas de protección de acuerdo al nivel de atención, y que la falta de insumos no fue por negligencia de la institución sino por “los problemas políticos que se tuvo en el país”.

En el establecimiento de salud Elizabeth Seton de la Caja Petrolera de Salud de Cochabamba, su Directora señaló que se entregó EPP desde el inicio de la pandemia de manera oportuna, adecuada y suficiente a todo el personal de la CPS, como mamelucos para virus de alto riesgo al personal del área de COVID-19; mamelucos impermeables a todo el personal; antiparras al personal del área de COVID-19 y lentes 3M a todo el personal; barbijos N95 en un inicio y posteriormente KN95 con filtro; cascos de protección al personal del área de COVID-19; batas, guantes de nitrilo y procedimiento, botas de agua y gorros quirúrgicos. En el caso del Hospital Obrero N° 2 de la Caja Nacional de Salud, inicialmente la dotación de EPP fue oportuna porque se entregó todos los equipos de bioseguridad; sin embargo durante el colapso se demoró en la compra de insumos de bioseguridad, el personal que atendía a pacientes COVID-19 no se quedaron sin EPP y no recibieron denuncias escritas. En cambio, en Tarija, el Jefe Regional de Epidemiología del Hospital Obrero N° 7 informó que se otorgó oportunamente y de manera adecuada los equipos, los de primera línea recibían todo el equipo, pero los administrativos sólo lo necesario; sin embargo, tuvieron problemas al principio para la adquisición, en cuanto a las denuncias las recibieron del personal del área administrativa, pero no correspondía dotarles por que la gente sospechosa o confirmada con COVID-19, no ingresaba a sus oficinas, priorizándose las dotación a las UTI y triaje. En cambio en Chuquisaca, el Director del Hospital Obrero N° 6 Jaime Mendoza de la Caja Nacional de Salud, sostuvo que, a pesar de las dificultades, todo el personal cuenta con los EPP, según la atención que brinda o el trabajo que desempeña, la misma fue oportuna. Respecto a la recepción de denuncias, señaló que “sí, de parte de ese personal caótico que está metido en sindicatos, que quiere llamar la atención, que las señoritas que tienen que utilizar una cosa sencilla como EPP pedían lo que el médico está usando, el chofer quería lo que el cirujano está usando”.

En Santa Cruz, el Director del Hospital de la Caja Petrolera de Salud señaló que sí adquirieron estos insumos por iniciativa del hospital y que recién desde la atención a pacientes COVID-19, durante abril, se les dotó de estos insumos. Sin embargo, siempre recibieron quejas para mayor dotación, mayormente por el tema de los niveles de atención. En cambio en Beni, el Administrador de la Caja Nacional de Salud señaló que se dotó de EPP de bioseguridad; sin embargo, fue insuficiente, toda vez que fue complicado adquirirlos en Trinidad y que los que estaban disponibles no protegían de manera adecuada o estaban incompletos. Además, compraron 5.000 equipos de bioseguridad solamente para la atención de la CNS en las provincias. Por otra parte, recibieron denuncias del personal y lamentablemente tuvieron que despedir a 36 médicos fallecidos por la pandemia.



En entrevistas a directores de hospitales públicos y de la Seguridad Social de Corto Plazo no COVID-19, se les consultó respecto a si la dotación de EPP para el personal de salud fue oportuna, adecuada y suficiente, y si a principios de la pandemia (marzo – abril) se les dio equipos de bioseguridad al personal de salud, y se obtuvo la siguiente información:

En la ciudad de El Alto, la Directora del Hospital Municipal Modelo Corea refirió que los hospitales de segundo y primer nivel dependientes del municipio tuvieron inconvenientes con los procedimientos administrativos para la compra de insumos de bioseguridad, y lo que recibieron fue insuficiente porque la mayoría de los EPP, eran desechables. Además, tuvieron inconvenientes con el elevado sobreprecio de los mismos. En Oruro, el Jefe Médico y Administrador del Centro de Salud María Auxiliadora sostuvieron que se dotó oportunamente al personal de salud desde botas, mandiles, barbijos, guantes y que se sigue proporcionando. Aclararon que tienen autonomía de gestión y este aspecto les permitió adquirir y dotar los insumos oportunamente, conforme a los lineamientos del Sedes. En Potosí, el Director del Hospital San Roque sostuvo que la entrega de EPP no fue oportuna, en marzo sólo les entregaron 10 mamelucos, porque existía desabastecimiento. Ante la falta de EPP, los médicos con sus propios recursos los adquirieron, actualmente se está regulando la dotación de los EPP, pero no abastece a la totalidad del personal.

En el departamento de Cochabamba, la Directora del Policlínico de Atención Integral en Salud de Especialidades (PAISE) de la Caja Nacional de Salud refirió que la dotación de EPP al personal durante el periodo de la cuarentena fue oportuna pero insuficiente, debido a la escasez de los mismos. Se les dotó guantes de nitrilo, barbijos KN95 al comienzo y a la fecha, además gorros quirúrgicos. Por otra parte, la Directora del Policlínico de la Caja Petrolera de Salud señaló que en un principio sí se dotó de manera oportuna, adecuada y suficiente, pero posteriormente ya no se pudo, debido a la gran demanda, motivo por el cual tuvieron que ser reutilizados. La Directora del Hospital de 2do nivel de Cochabamba sostuvo que al inicio de la pandemia fue insuficiente e inoportuna la dotación y que actualmente se la realiza de manera oportuna, adecuada y suficiente. Por su parte, el Director del Hospital Materno Infantil Germán Urquidi afirmó que la dotación de EPP al personal de salud se realizó de manera oportuna, adecuada y suficiente, según lo instruido por el Sedes de acuerdo con las funciones que desempeñan, ya que no todos están en contacto directo con los pacientes. En marzo y abril, compraron algunos EPP y otros hicieron confeccionar, por ejemplo las batas impermeables y botas. El Director del Centro Integral de Medicina Familiar Manuel Ascencio Villarroel (CIMFA) de la Caja Nacional de Salud señaló que no se dotó de manera suficiente y oportuna los EPP al personal del CIMFA, durante el periodo de la cuarentena, debido a que los mismos se habrían agotado en todo el territorio nacional, con la excepción del personal que prestaba servicios en la atención de pacientes COVID-19 se a quienes se les dotó de manera oportuna, adecuada y suficiente. Finalmente, el Director del Centro de Salud Quintanilla sostuvo que la dotación de EPP fue realizada por el GAM de Sacaba pero no de manera oportuna, que se les dotó lo básico y recibieron donaciones de instituciones privadas.

En el departamento de Tarija, el Director del Hospital Regional San Juan de Dios señaló que la dotación sí fue oportuna. Por su parte, el Médico Epidemiólogo de la Jefatura Regional de Epidemiología del Hospital Obrero N° 7 de Tarija Dr. Osmar Jaén Castillo de la Caja Nacional de Salud refirió que la dotación fue para el personal que se encontraba en el centro COVID-19, la dotación fue dependiendo las áreas de trabajo.

En Santa Cruz, el Director del Hospital Francés de segundo nivel manifestó que por la burocracia al inicio se tuvo dificultades, pero poco a poco les fueron dotando de todo el EPP de manera adecuada. En el departamento de Beni, el Jefe Médico del Centro de Salud Central refirió que el municipio les entregó a tiempo, pero no suficiente en el término que estaba establecido y se necesitaba, y que realmente no fue oportuna, pues siempre faltaba algo como por ejemplo llegaban los EPP pero incompletos, siempre faltaba el barbijo, guante, gorros, o la mascarilla. Y en el Departamento de Pando, el Director del Hospital Roberto Galindo Terán manifestó que al inicio de la pandemia no contaban con EPP de bioseguridad y recién en mayo lograron adquirirlos. El Director del Hospital N° 9 de la Caja Nacional de Salud señaló que sí fue adecuada, oportuna y que cumplieron todos los reglamentos de la oficina nacional; sin embargo, para adquirir los materiales y medios de bioseguridad sí hubo problema al inicio por la llegada y tuvieron una demora en la entrega de otros materiales de bioseguridad.

Por su parte, la Defensoría del Pueblo solicitó información a los Sedes a nivel nacional para conocer la estrategia de dotación de EPP de bioseguridad para el personal de salud a nivel departamental, considerando, asimismo, la periodicidad, cantidad, tipos de equipos (barbijos, batas, guantes, etc.) y sus características. Al respecto, de las notas de respuesta se obtuvo lo siguiente:

PREGUNTA	RESPUESTA
Informe sobre la estrategia de dotación de EPP de bioseguridad para el personal de salud a nivel departamental, considerando, asimismo, la periodicidad, cantidad, tipos de equipos (barbijos, batas, guantes, etc.) y sus características.	
<b>SEDES LA PAZ</b>	<p>a. Periodicidad, en el Plan Departamental se cuenta con 5 componentes estratégicos y operativos: Prevención, Mitigación, Atención, Tratamiento, Control Sanitario. Según la fase en la que se encontraba la pandemia, se otorgó equipo de bioseguridad, refieren al artículo 80 incisos c y g de la Ley 031.</p> <p>b. Tipo, especifican en que consta el EPP, entre otros, de mameluco, lentes protectores, barbijos KN95, N95, etc., especifican además cómo deben ser los guantes, batas, gafas, mascarilla médica o barbijo quirúrgico y la cantidad que debiera dotarse.</p>
<b>SEDES ORURO</b>	Bajo coordinación y solicitud de los establecimientos, se gestiona a municipio, que entregan en cuatro periodos.
<b>SEDES CHUQUISACA</b>	<p>Mediante Informe con CITE: JDF N° 239/2020 de 25 de septiembre de 2020.</p> <p>Inicialmente todos los dispositivos médicos cuentan con registro sanitario Agemed.</p> <p>La dotación se realizó a los 29 municipios de Chuquisaca, en los hospitales de Primer, Segundo y Tercer Nivel.</p> <p>Se ha aplicado la Norma Técnica de Procedimientos de Bioseguridad para la Prevención del Contagio COVID-19 del Ministerio de Salud.</p> <p>El Comité Científico departamental ha establecido el procedimiento de uso de equipo de protección personal.</p> <hr/> <p>Se adjunta una lista, donde detalla la cantidad de insumos bioseguridad dotados por el Sedes.</p> <p>Se adjunta una guía para el manejo clínico de enfermedad COVID-19 del Comité Científico.</p>

<b>SEDES TARIJA</b>	<p>La dotación de EPP de acuerdo con las competencias de cada ETA Hospital de 3° nivel recursos de la Gobernación.</p> <p>Hospitales de 2° nivel, centros y puestos de salud con recursos del municipio. La dotación y disponibilidad ha variado por falta de recursos económicos, falta de proveedores a nivel local, insumos sin registro sanitario, etc. Para superar esta contingencia y maximizar el uso del material, se definió entregar de acuerdo con el perfil y área: personal administrativo, barbijos quirúrgicos, alcohol al 70% en gel y gafas de protección; personal operativo contacto directo al paciente barbijo N95 o KN95, batas desechables, trajes u overoles de bioseguridad, antiparras, máscaras faciales y otros. Periodicidad de manera mensual o bimensual de acuerdo con el lugar de trabajo.</p>
<b>SEDES BENI</b>	<p>A esta Coordinadora Departamental de farmacias (CEDEFAR), le fue entregado un stock de medicamentos para el centinela de la ciudad de Trinidad.</p> <p>También se hizo la entrega de barbijos que adquirió este Sedes, los cuales ingresaron a CODEFAR para su distribución, según solicitud de pedidos de los diferentes programas, áreas y Centinela, durante los meses de mayo a julio del 2020.</p>
<b>SEDES PANDO</b>	<p>Mediante CITE: PLANIF-SEDES N° 066/20, la responsable de la Unidad de Planificación del Sedes Pando, Servicio Departamental de Salud de Pando, informa que viendo la necesidad de proteger al personal de salud del Sedes Pando, dotaron de EPP (Barbijos) al personal administrativo, que inicialmente fue diaria (1 barbijo por día) y posteriormente fue bimensual. A la par, se realizó la dotación de EPP al personal de salud (batas, barbijos y guantes) de los establecimientos de salud. Estos insumos fueron productos de donaciones realizadas al SEDES, aunque señaló que la competencia de dotación de EPP al personal de salud es de los Gobiernos Autónomos Municipales.</p> <p>No adjuntan informe de cómo se realizó la dotación de EPP.</p>

De igual manera, la Defensoría del Pueblo solicitó información a los GAM de las capitales a nivel nacional y al municipio de El Alto para conocer la dotación de EPP de bioseguridad para el personal de salud, considerando la periodicidad, cantidad, tipos de equipos y sus características. De las notas de respuesta, se obtuvo lo siguiente:

<b>GAM</b>	<b>PREGUNTA</b> Informe sobre la dotación de EPP de bioseguridad para el personal de salud a nivel municipal, considerando asimismo la periodicidad, cantidad, tipos de equipos (barbijos, batas, guantes, etc.) y sus características.	<b>RESPUESTAS</b>
<b>GAM EL ALTO</b>	Informe sobre la dotación de EPP de bioseguridad para el personal de salud a nivel municipal, considerando asimismo la periodicidad, cantidad, tipos de equipos (barbijos, batas, guantes, etc.) y sus características.	Conforme señala Informe CITE: DS/UHCS/INF-242/2020 de fecha 30 de septiembre de 2020, emitido por la Dirección de Salud, a través de la Farmacia Institucional Municipal realiza la dotación y/o distribución de insumos de bioseguridad en el marco de plan de contingencia municipal por la emergencia sanitaria COVID-19, a cada centro de salud de acuerdo con el siguiente detalle: (Los cuadros se encuentran al final)
<b>GAM SUCRE</b>	Informe sobre la dotación de EPP de bioseguridad para el personal de salud a nivel municipal, considerando asimismo la periodicidad, cantidad, tipos de equipos (barbijos, batas, guantes, etc.) y sus características.	<p>Se está realizando la dotación de los Equipos de Protección Personal de Bioseguridad, según requerimiento de cada Centro de Atención Integral con internación transitoria y centros de salud de primer nivel, en forma periódica y programada por cada coordinador de distrital, se realiza la entrega con actas y firmas.</p> <p>El equipo de protección personal consta de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mamelucos, pueden ser de una pieza o dos.</li> <li>- Botas de agua.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guantes de látex y nitrilo.</li> <li>- Barbijos NK95.</li> <li>- Gafas protectoras ajustables.</li> <li>- Protector facial puede ser de acrílico o acetato.</li> <li>- Gorros blancos.</li> <li>- Batas descartables</li> </ul>
<b>GAM TARIJA</b>	Informe sobre la dotación de EPP de bioseguridad para el personal de salud a nivel municipal, considerando asimismo la periodicidad, cantidad, tipos de equipos (barbijos, batas, guantes, etc.) y sus características.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 Overol reutilizables de bioseguridad (tela Prada Engomada y de tela Nylon engomado) y la reposición en caso de ser dañado.</li> <li>- Batas de bioseguridad reutilizables.</li> <li>- Un barbijo por semana a cada personal de rastrillaje (KN 95 sin válvula plagado de filtrado color blanco cinco capas).</li> <li>- Protector facial.</li> <li>- Una antiparras de las siguientes características: antiempañante con cuatro válvulas de respiración, esterilizable con rayos uv, elástico de ajuste.</li> <li>- Un oxímetro de pulso a los médicos encargados de cuadrillas uno por grupo de a cuatro brigadistas (cumple con las normas de CE, probado y aprobado para uso médico).</li> <li>- Termómetros de frente a cada médico encargado de cuadrilla se le dotó de uno.</li> <li>- Atomizador o dispensador de plástico de medio litro botella transparente, se dio al personal encargado de cuadrilla.</li> <li>- Sanitizador de manos antiséptico y desinfectante, elimina bacterias y hongos de 980 ml, uno por semana a cada encargado de cuadrilla o punto fijo.</li> <li>- Alcohol liquido al 70% dos por cuadrilla para una semana y cuando lo requieran.</li> <li>- Bolsas especiales grandes una diaria por cuadrilla</li> <li>- Guantes látex un par por día a todo el personal de salud.</li> <li>- Cofias o gorros quirúrgicos a todo el personal de las brigadas de rastrillaje cada día se da una cofia por persona.</li> <li>- Cubre calzados descartables, ambidiestros con elástico en los bordes, planta antilesizante diseño que impide la transferencia de agentes contaminantes uno por persona en los puestos fijos.</li> <li>- Mochilas de fumigación para los puestos fijos o tomas de muestra.</li> </ul>
<b>GAM BENI</b>	Informe sobre la dotación de EPP de bioseguridad para el personal de salud a nivel municipal, considerando asimismo la periodicidad, cantidad, tipos de equipos (barbijos, batas, guantes, etc.) y sus características.	En respuesta a la presente pregunta, se adjunta cuadro remitido de la Farmacia Institucional Municipal de Referencia (FIM –R), dependiente de la Dirección Municipal de Salud.
<b>GAM PANDO</b>	Informe sobre la dotación de EPP de bioseguridad para el personal de salud a nivel municipal, considerando asimismo la periodicidad, cantidad, tipos de equipos (barbijos, batas, guantes, etc.) y sus características.	<p>Se realizó la entrega de EPP de bioseguridad a cada centro de salud de acuerdo al plan.</p> <p>Material de protección de bioseguridad en centros de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Barbijos N 95, cantidad 60 cajas.</li> <li>- Lentes de protección cantidad 300.</li> <li>- Batas desechables cantidad 300 cajas 50 unidades.</li> <li>- Barbijo simple, caja 50 x unidad, cantidad 120.</li> <li>- Mameluco 3M, cantidad 300.</li> <li>- Guantes de nitrilo, caja x10 unidad, cantidad 120.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gorros desechables, caja x 100 unidad cantidad 60.</li> <li>- Cubre botas bolsa x 50 pares, cantidad 12.</li> <li>- Presupuesto semestral del H.R.G.T</li> <li>- Barbijos N° 95, caja x 20 unidad, cantidad 13.104.</li> <li>- Barbijo simple, cajas 50 x unidad, cantidad 26208.</li> <li>- Batas quirúrgicas desechables cantidad 13.104.</li> <li>- Lentes de protección cantidad 13.104.</li> <li>- Mameluco de bioseguridad nivel 4, cantidad 13.104.</li> <li>- Guantes desechables, caja 10 unidades, cantidad 26.208.</li> <li>- Guantes de nitrilo 25 cm, unidad 26.208</li> <li>- Gorros desechables, caja x 10 unidad cantidad 13.104.</li> <li>- Baja lenguas paquete de 100 unidades, caja x 50 unidad cantidad 300.</li> <li>- Termómetro con infrarrojo cantidad 100.</li> <li>- Solución Ringer Lactato 1000 cc, cantidad 7000.</li> <li>- Solución fisiológica 0,9% 1000 cc, cantidad 7000.</li> <li>- Hipoclorito de sodio 2,5%(500cc) cantidad 7000.</li> <li>- Dispensador de pared, cantidad 20.</li> <li>- Clorhexidina al 2% 1 litro, cantidad 300.</li> <li>- Jabón líquido 500cc, cantidad 300.</li> <li>- Toallas descartables, cantidad 1.800.</li> <li>- Alcohol gel al 65% 500 cc, cantidad 600.</li> <li>- Alcohol 70% medical 500cc, cantidad 600.</li> <li>- Bolsas de color rojo 10 litros, cantidad 13.104.</li> <li>- Bolsas de color negro 10 litros, cantidad 13.104.</li> <li>- Bomba fumigadora cantidad cuatro.</li> <li>- Carpas para atención médica, cantidad dos.</li> </ul>
--	--	---

La naturaleza propia del COVID-19 y la dotación de equipamiento para el personal de salud se constituyen en un pilar fundamental para la atención, contención y protección de este grupo; en ese contexto, autoridades, representantes de sector y los propios médicos realizaron constantes reclamos, pedidos en relación a los EPP de Bioseguridad para el personal de salud.

De la revisión de los medios de prensa, se obtuvo que previa a la confirmación del primer caso en nuestro país, ya desde enero médicos especialistas señalaban que el país no contaba con las medidas de bioseguridad en los hospitales para poder atender a pacientes con COVID-19<sup>306</sup>. De igual forma, el presidente del Colegio Médico Departamental de La Paz advirtió que Bolivia no tenía los mecanismos de bioseguridad para afrontar el coronavirus.<sup>307</sup>

En febrero, se reportó la falta de trajes de bioseguridad para el personal y reactivos para el diagnóstico, que fueron algunos de los impedimentos del servicio de Emergencias del hospital Santa Bárbara de Sucre.<sup>308</sup>

<sup>306</sup> <https://www.atb.com.bo/sociedad/bolivia-no-tiene-medidas-de-bioseguridad-para-posibles-casos-de-Coronavirus-se-g%C3%BAAn-especialistas>

<sup>307</sup> <https://erbol.com.bo/nacional/larrea-bolivia-no-tiene-los-mecanismos-de-bioseguridad-para-afrontar-el-Coronavirus>

<sup>308</sup> [https://correodelsur.com/local/20200216\\_Coronavirus-hospitales-en-sucre-estan-preparados.html](https://correodelsur.com/local/20200216_Coronavirus-hospitales-en-sucre-estan-preparados.html)

Estas advertencias siguieron hasta marzo, cuando de igual manera los médicos del país se declararon en estado de emergencia porque señalaron que no tenían los recursos suficientes para afrontar la pandemia del coronavirus.<sup>309</sup> En tanto, el Secretario General del Sindicato de Ramas Médicas de Salud Pública (SIRMES) de La Paz denunció que médicos que atendieron a un paciente con coronavirus en Copacabana no contaban con las medidas de bioseguridad y reclamó que varias localidades y hospitales no cuentan con equipos e insumos, que el personal de salud precisa para atender los casos de COVID-19.<sup>310</sup> Situación y reclamo similar lo hicieron médicos que anunciaron carencia de EPP de bioseguridad.<sup>311</sup> Además, trabajadores de salud del complejo Miraflores de la ciudad de La Paz se declararon en emergencia, alegando falta de EPP de Bioseguridad.<sup>312</sup> De igual manera, la presidenta de la Sociedad de Bioquímica Clínica de La Paz solicitó que iban a necesitar mucho más apoyo en cuanto a reactivos y equipos de bioseguridad.<sup>313</sup> Además, se registró la renuncia del director del Hospital Japonés, quien alegó falta de coordinación en la entrega de material de bioseguridad, de igual manera galenos del mismo establecimiento médico admitieron que no cuentan con EPP de bioseguridad.<sup>314</sup>

De igual manera, se advierte que los reclamos en la fase previa e inicial de la llegada de COVID-19 a nuestro país, se los hicieron públicas durante el mes de abril para adelante, los reclamos y pedidos continuaron, los galenos denunciaron nuevamente que no cuentan con insumos de bioseguridad.<sup>315</sup> A este reclamo, se sumaron colegios médicos de dos departamentos que conminaron al Gobierno, bajo amenazas de protestas, a que resuelva la falta de equipos de bioseguridad e insumos para enfrentar la pandemia del coronavirus.<sup>316</sup> De igual manera, el secretario general del Sindicato de Ramas Médicas de Salud Pública de La Paz refirió: "Necesitamos bioseguridad para todos los equipos de salud en centros y hospitales".<sup>317</sup>

El personal de salud se contagiaba en cada uno de los ambientes de atención, tal fue el caso del departamento de Santa Cruz, en específico, en el laboratorio del Hospital de Montero se dejó de atender porque cinco funcionarios se contagiaron el virus y el personal médico denunció la carencia de insumos de bioseguridad.<sup>318</sup> En Cochabamba, con batas de nylon, sin equipo de bioseguridad y sin sueldos, personal de salud denuncia abandono por parte del Gobierno.<sup>319</sup> Por su parte, la ejecutiva de la Confederación Sindical de Trabajadores en Salud Pública en Bolivia dijo que el personal médico asiste a sus fuentes laborales con miedo y preocupación de ser

<sup>309</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20200321/medicos-emergencia-insumos-cruz-anuncia-compra-equipos>

<sup>310</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20200325/SIRMES-denuncia-que-paciente-positivo-COVID-19-19-copacabana-fue-atendido>

<sup>311</sup> <https://www.telesurtv.net/news/bolivia-carencia-medidas-Coronavirus-20200326-0030.html>

<sup>312</sup> <https://www.paginasiete.bo/gente/2020/3/27/medicos-entre-sospechosos-de-COVID-19-19-que-ocultan-datos-insuficiente-bioseguridad-250986.html>

<sup>313</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/3/28/segun-la-oms-las-pruebas-rapidas-no-son-eficaces-para-la-deteccion-del-COVID-19-19-251097.html>

<sup>314</sup> <https://erbol.com.bo/nacional/renuncia-el-director-del-hospital-japon%C3%A9s-en-medio-de-la-escalada-del-COVID-19-19>

<sup>315</sup> <https://www.nodal.am/2020/04/Coronavirus-en-bolivia-medicos-afrontan-la-emergencia-sin-insumos-y-evo-insiste-en-pedir-ayuda-a-china-y-cuba/>

<sup>316</sup> <https://www.nodal.am/2020/04/bolivia-medicos-advierten-con-protestas-ante-la-falta-de-bioseguridad-e-insumos/>

<sup>317</sup> <https://www.americaeconomia.com/politica-sociedad/politica/bolivia-considera-ampliar-cuarentena-total-debido-COVID-19-19>

<sup>318</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/4/11/oruro-aun-no-tiene-laboratorio-hospital-de-montero-suspende-pruebas-porque-personal-se-contagio-252392.html>

<sup>319</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/cochabamba/batas-nylon-equipo-bioseguridad-sueldos-personal-salud-denuncia-abandono/20200415012208762201.html>

infectados, porque hasta ahora no cuentan con los insumos de bioseguridad necesarios.<sup>320</sup> En Oruro se reportaron cinco trabajadores en salud contagiados con el COVID-19. El SIRMES señaló que se encuentran aislados y denuncia que el personal no tiene insumos de bioseguridad.<sup>321</sup>

El representante del Sindicato de Ramas Médicas de Salud Pública de Cochabamba (SIRMES), exhortó a las autoridades municipales, departamentales y del nivel central a coordinar acciones en contra de la expansión del COVID-19 en el país; asimismo, reiteró la preocupación del sector médico ante la falta de personal e insumos de bioseguridad en los centros hospitalarios cochabambinos para hacer frente al coronavirus y atender con la mayor eficiencia posible a los pacientes portadores de esta enfermedad.<sup>322</sup> En el municipio de El Alto, médicos y enfermeras del Hospital del Norte protestaron por falta de equipos de bioseguridad.<sup>323</sup> Un grupo de médicos y trabajadores del Hospital Obrero N° 3 de la Caja Nacional de Salud (CNS) de Santa Cruz protestó exigiendo material de bioseguridad para atender pacientes con COVID-19.<sup>324</sup> Así también, ante los constantes reclamos a nivel nacional, la exPresidenta Añez culpó a los Sedes por la falta de equipos de bioseguridad<sup>325</sup>

Este tipo de exigencias no cesaron, en mayo se reportó que un salubrista del Beni que pidió guardar su nombre en reserva, porque en el Sedes, y por órdenes del Ministerio de Salud, están prohibidos de dar informar sobre los casos COVID-19 bajo sanción, informó que los profesionales están de miedo porque no existen las condiciones adecuadas para atender a los infectados, el equipo de bioseguridad es escaso y lo que es peor, no se hacen pruebas de laboratorio para saber quién está contagiado y muchos son asintomáticos.<sup>326</sup> En Beni el Presidente del Comité Cívico exigió que el Gobierno declare “zona de desastre” por la crisis sanitaria que llevó al colapso hospitalario, en medio de la falta de equipos de bioseguridad y la carencia de médicos<sup>327</sup>. Además en ese departamento, el personal tomó las calles al grito de “bioseguridad” y en La Paz advirtieron con un paro de brazos caídos por estos problemas que enfrentan.<sup>328</sup> De igual forma, en Sucre se registró que alrededor de 30 trabajadores del Hospital Santa Bárbara, pertenecientes a la Federación Departamental de Trabajadores en Salud de Chuquisaca, decidieron aislarse en un ambiente de este nosocomio tras tener contacto sin medidas de bioseguridad, además se declararon en emergencia por la ausencia de este equipamiento.<sup>329</sup>

<sup>320</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/4/15/personal-de-salud-sospechoso-sufre-la-negligencia-del-sistema-252694.html>

<sup>321</sup> <https://www.la-razon.com/sociedad/2020/04/17/en-oruro-reportan-cinco-trabajadores-en-salud-contagiados-con-el-COVID-19-19/>

<sup>322</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/cochabamba/SIRMES-exhorta-autoridades-coordinar-acciones-COVID-19-19/20200420145339763134.html>

<sup>323</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20200422/medicos-enfermeras-del-hospital-del-norte-alto-protestan-falta-equipos>

<sup>324</sup> <https://m.la-razon.com/sociedad/2020/04/27/personal-hospital-obrero-cns-demanda-equipos-bioseguridad/>

<sup>325</sup> [https://eldeber.com.bo/pais/anez-culpa-a-los-SEDES-por-la-falta-de-equipos-de-bioseguridad-y-anuncia-planes-para-reabrir-la-econ\\_176078](https://eldeber.com.bo/pais/anez-culpa-a-los-SEDES-por-la-falta-de-equipos-de-bioseguridad-y-anuncia-planes-para-reabrir-la-econ_176078)

<sup>326</sup> <https://www.la-razon.com/sociedad/2020/05/01/fallece-pediatra-y-otros-dos-medicos-estan-en-estado-critico/>

<sup>327</sup> [https://correodelsur.com/sociedad/20200504\\_trinidad-preocupa-colapsa-un-hospital-faltan-medicos-y-piden-declarar-desastre.html](https://correodelsur.com/sociedad/20200504_trinidad-preocupa-colapsa-un-hospital-faltan-medicos-y-piden-declarar-desastre.html)

<sup>328</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/pais/pobladores-caranavi-querian-desalojarlos/20200520224230768830.html>

<sup>329</sup> [https://correodelsur.com/local/20200507\\_una-treintena-de-trabajadores-del-santa-barbara-intenta-aislarse-en-sala-COVID-19-19-tras-contacto-con-caso-positivo.html](https://correodelsur.com/local/20200507_una-treintena-de-trabajadores-del-santa-barbara-intenta-aislarse-en-sala-COVID-19-19-tras-contacto-con-caso-positivo.html)



En junio, el Presidente de la Sociedad Boliviana de Terapia Intensiva advirtió que los equipos de bioseguridad para los profesionales y trabajadores en salud se agotan.<sup>330</sup> Desesperados y agobiados por la falta de insumos de bioseguridad, además de ocho casos positivos (siete médicos y una enfermera) con coronavirus en el Hospital del Tórax, que pertenece al complejo hospitalario de Miraflores, los galenos de ese nosocomio decidieron suspender la atención a los pacientes para evitar más contagios de los trabajadores de salud.<sup>331</sup> Además un grupo de médicos se concentró en puertas del Bol 110, donde se realizó la reunión del Comité de Operaciones de Emergencias Departamental (COED) de La Paz para protestar exigiendo pruebas de coronavirus e implementos de bioseguridad para trabajar contra el mal. Advirtieron con una huelga general y renuncia masiva si es que las autoridades no cumplen con sus demandas.<sup>332</sup> A esta situación, se sumaron médicos de El Alto y Santa Cruz, que empezaron piquetes de huelga de hambre por la falta de insumos e implementos de bioseguridad.<sup>333</sup> El presidente de la Sociedad Boliviana de Neumología denunció públicamente: “No tenemos equipos de bioseguridad...”<sup>334</sup>. Ante esta situación, nuevamente dirigentes médicos y de trabajadores de salud, señalaron que al menos 20 de los 34 hospitales de tercer nivel del país colapsaron, algunos incluso cerraron sus puertas a la atención externa debido al contagio de coronavirus de hasta la mitad del personal médico, la falta de insumos de bioseguridad y falta de equipamiento, entre otras razones.<sup>335</sup>

En julio, se registró huelga de hambre de los trabajadores del Hospital San Juan de Dios y convocaron a un paro de 48 horas de varios hospitales, en demanda de insumos de bioseguridad para que puedan atender, sin arriesgar sus vidas, a los pacientes con coronavirus.<sup>336</sup> Desde la llegada de la COVID-19 a Bolivia, el Servicio Departamental de Salud (Sedes) de La Paz registró más de 1.426 médicos contagiados en el departamento paceño. El sector de salud, que es el más afectado, protagonizó diferentes protestas en demanda de indumentaria de bioseguridad para evitar los contagios, además de pruebas masivas en todo el personal de salud.<sup>337</sup> Así también, profesionales de salud en el municipio Quillacollo en el departamento de Cochabamba protestaron contra la precariedad laboral y por el colapso sanitario en los distintos centros hospitalarios en medio de la pandemia del coronavirus. El personal sanitario denunció que las autoridades sanitarias les adeudan sueldos desde marzo, así como la falta de dotación de implementos de bioseguridad, y la falta de médicos para atender a los pacientes infectados con COVID-19.<sup>338</sup>

Por su parte, el Gobierno a través de adquisiciones, compras y donaciones entregó estos insumos de vital importancia. En enero, el Ministerio de Salud entregó material de bioseguridad a los 10 hospitales centinelas que cuentan con salas de aislamiento en el

<sup>330</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20200609/intensivistas-alertan-que-equipos-bioseguridad-farmacos-pacientes-criticos>

<sup>331</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20200616/hospital-cierra-medicos-se-movilizan-tesis-sanitaria>

<sup>332</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/6/16/medicos-protestan-piden-bioseguridad-advierten-con-renuncia-masiva-258554.html>

<sup>333</sup> <https://www.nodal.am/2020/06/colapsa-el-sistema-sanitario-en-bolivia-y-al-menos-diez-personas-murieron-en-las-calles/>

<sup>334</sup> [https://correodelsur.com/local/20200618\\_sociedad-de-neumologos-no-tenemos-equipos-de-bioseguridad-no-hay-camas-no-hay-ventiladores.html](https://correodelsur.com/local/20200618_sociedad-de-neumologos-no-tenemos-equipos-de-bioseguridad-no-hay-camas-no-hay-ventiladores.html)

<sup>335</sup> <https://www.nodal.am/2020/06/bolivia-medicos-alertan-que-al-menos-20-de-34-hospitales-estran-colapsados-y-sin-personal/>

<sup>336</sup> <https://www.nodal.am/2020/07/colapso-sanitario-en-bolivia-trabajadores-de-la-salud-llevaron-18-dias-en-huelga-de-hambre-y-realizan-paro-de-48-horas/>

<sup>337</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/7/20/hay-mas-de-2000-profesionales-en-primera-linea-con-COVID-19-en-la-paz-261881.html>

<sup>338</sup> <https://www.telesurtv.net/news/medicos-bolivia-protestan-contra-precariidad-laboral-20200715-0021.html>

país.<sup>339</sup> De igual forma, el que era Ministro de Salud señaló que habrían llegado EPP de Bioseguridad, situación que habría sido coordinada con la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), ante cualquier probable ingreso al país de alguna persona con COVID-19 y aunque no precisó la cantidad pero garantizó que son suficientes para dotarlos a los centros hospitalarios del país<sup>340</sup>.

Durante marzo, el Ministerio de Salud informó que se adquirió un lote de material de bioseguridad para evitar la propagación del COVID-19.<sup>341</sup> Así también, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) manifestó que entregará al país más de 300 kilos de equipos de bioseguridad nivel cuatro para combatir al coronavirus<sup>342</sup>. De igual manera, el Ministerio de Relaciones Exteriores informó que se recibió la ayuda internacional, proveniente de la República Popular China que consta de 100.000 barbijos, 20.000 kits para pruebas virales y cinco respiradores, insumos que servirán para controlar el contagio, hacer pruebas y para la atención de pacientes con coronavirus.<sup>343</sup>

Después de tantos reclamos, pedidos y exigencias, el Gobierno y el Colegio Médico y SIRMES, ambos del departamento de La Paz, acordaron trabajar de manera conjunta y coordinada contra la pandemia del coronavirus, luego de sostener una reunión en La Paz, donde se trataron las demandas del sector, relacionados principalmente con la falta de equipo de bioseguridad personal.<sup>344</sup>

En la época de atención a la emergencia sanitaria, no solamente el gobierno realizó entregas de EPP de bioseguridad, empresas como la Cervecería Boliviana Nacional (CBN) ayudaron y donaron estos equipamientos, esta empresa anunció una estrategia de ayuda ante la emergencia declarada por el virus COVID-19, previa la entrega de tres respiradores, 80.000 barbijos, de alcohol líquido, pruebas rápidas de detección de COVID-19, equipos de bioseguridad para personal médico entre otros.<sup>345</sup> Por su parte, el Ministerio de Salud entregó insumos de bioseguridad que constó de 117.500 barbijos, 187.900 guantes descartables, 72.650 guantes quirúrgicos estériles, 7.500 barbijos N9 y 28.400 botas desechables para hospitales, clínicas y centros médicos de todo el país, con el fin de reforzar el trabajo de galenos y personal en salud durante la emergencia por el coronavirus.<sup>346</sup>

Durante abril, un empresario de la ciudad de Cochabamba hizo una donación de EPP de Bioseguridad.<sup>347</sup> Por otro lado, SIRMES La Paz entregó 100 equipos de bioseguridad a personal de salud del sistema público. El sindicato dice que recurrió a la compra del material tras la

<sup>339</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/1/26/Coronavirus-salud-dara-equipos-de-bioseguridad-10-hospitales-244599.html>

<sup>340</sup> <https://eju.tv/2020/01/llegan-a-bolivia-equipos-personales-de-proteccion-para-bioseguridad-contra-el-Coronavirus/>

<sup>341</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/pais/gobierno-adquiere-material-bioseguridad-prevenir-propagacion-Coronavirus/20200311181618755960.html>

<sup>342</sup> <https://www.atb.com.bo/sociedad/ops-entregar%C3%A1-bolivia-equipos-de-bioseguridad-nivel-cuatro>

<sup>343</sup> <https://www.paginasiete.bo/nacional/2020/3/28/china-envia-ayuda-bolivia-para-enfrentar-al-Coronavirus-251120.html>

<sup>344</sup> [https://correodelsur.com/politica/20200329\\_gobierno-y-medicos-pactan-trabajo-conjunto-contra-el-Coronavirus.html](https://correodelsur.com/politica/20200329_gobierno-y-medicos-pactan-trabajo-conjunto-contra-el-Coronavirus.html)

<sup>345</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/pais/cbn-donara-equipamiento-servicios-valor-bs-39-millones-COVID-19-19/20200330183636759229.html>

<sup>346</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/pais/gobierno-entrega-equipos-bioseguridad-pais-evitar-propagacion-Coronavirus/20200331094452759316.html>

<sup>347</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/4/13/empresario-dona-cochabamba-material-por-us-50000-252521.html>

solicitud sin éxito al Gobierno.<sup>348</sup> El Ministro de Trabajo aseguró inversión en bioseguridad para Cochabamba, debido a que varios trabajadores de salud expresaron su preocupación por la falta de equipos de bioseguridad para atender a los infectados con la enfermedad.<sup>349</sup> Hivos y Visión Mundial donaron más de Bs 23 MM y equipos para enfrentar el COVID-19.<sup>350</sup>

En mayo, obispos de la Iglesia Católica donaron 1.100 equipos de bioseguridad para el personal de los centros de Salud del país, el donativo será distribuido por las 18 jurisdicciones eclesiásticas existentes en el país.<sup>351</sup> Además, se recibió un importante donativo de la República Popular de China consistente en equipos de bioseguridad.<sup>352</sup> De igual forma, la Cervecería Boliviana Nacional nuevamente donó insumos y materiales médicos por valor de Bs 3,9 MM para luchar contra el COVID-19. Entre ellos, 1.590 trajes de bioseguridad, 15.000 guantes de látex, 15.000 guantes de nitrilo, 20.416 litros de alcohol medicinal, 5.000 barbijos N95, 15.000 batas quirúrgicas, entre otros que forma parte de la donación.<sup>353</sup> Además, la República de Corea donó 550.000 dólares a Bolivia para fortalecer proyectos de salud y coadyuvar en la lucha contra el coronavirus, esa donación permitirá contratar expertos para la elaboración de sistemas de control y comprar 10.000 equipos de bioseguridad.<sup>354</sup>

En junio, Unicef donó insumos de bioseguridad para enfrentar la COVID-19 en Beni<sup>355</sup> la ONG Save The Children entregó al Ministerio de Salud equipos de bioseguridad, además que puso a disposición recursos humanos para fortalecer la lucha contra el coronavirus COVID-19.<sup>356</sup>

En agosto, los gobiernos de México y Japón entregaron una donación de equipos de Bioseguridad a Bolivia, con la finalidad de que lleguen a los trabajadores de salud en todo el país, quienes se encuentran en primera línea de lucha contra el coronavirus.<sup>357</sup>

En varias oportunidades el gobierno, empresas privadas y colaboración extranjera realizaron entregas de EPP de bioseguridad, en su gran mayoría no se cuantificó el monto total de la entrega; sin embargo, como se describió párrafos anteriores, los reclamos y exigencias de dotación fueron permanente desde la fase previa al inicio de casos de contagio y durante la atención por la emergencia sanitaria.

<sup>348</sup> <https://www.la-razon.com/sociedad/2020/04/13/SIRMES-la-paz-entrega-100-equipos-de-bioseguridad-a-personal-de-salud-del-sistema-publico/>

<sup>349</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/cochabamba/mercado-asegura-inversion-bioseguridad-cochabamba/20200418155651762839.html>

<sup>350</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/4/22/hivos-vision-mundial-donan-mas-de-bs-23-mm-equipos-para-enfrentar-el-COVID-19-19-253398.html>

<sup>351</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/5/8/obispos-de-bolivia-donan-1100-equipos-de-bioseguridad-para-centros-de-salud-254987.html>

<sup>352</sup> <https://www.paginasiete.bo/nacional/2020/5/12/república-popular-de-china-dona-equipos-de-bioseguridad-bolivia-255363.html>

<sup>353</sup> <https://m.la-razon.com/sociedad/2020/05/18/la-cbn-dona-insumos-y-materiales-medicos-por-valor-de-bs-39-mm-para-luchar-contra-el-COVID-19-19/>

<sup>354</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20200521/corea-dona-us-550000-fortalecer-lucha-contra-Coronavirus>

<sup>355</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20200607/unicef-dona-insumos-bioseguridad-enfrentar-COVID-19-19-beni>

<sup>356</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20200623/COVID-19-19-ong-save-children-entrega-equipos-bioseguridad-pone-disposicion>

<sup>357</sup> <https://www.reduno.com.bo/noticias/gobiernos-de-mexico-japon-donan-mas-de-6-000-equipos-de-bioseguridad-a-bolivia-202081121817>

Por lo expuesto, no se tomaron las provisiones oportunas para la dotación de EPP de Bioseguridad al personal de salud, no se estableció si los insumos adquiridos o donados cumplieron con las exigencias técnicas recomendadas por la OMS, poniendo en riesgo la salud y vida de los trabajadores de salud, quienes constantemente reclamaron la carencia de estos insumos.

## **SALARIOS**

Toda relación laboral, prestación de servicios, tiene como contraparte la entrega de un salario, para la OIT los salarios son un componente fundamental de las condiciones de trabajo y empleo. Dado que se trata de un costo para los empleadores y de la principal fuente de ingresos de los trabajadores, los salarios pueden ser objeto de conflictos y se han convertido en uno de los principales temas de las negociaciones colectivas en todo el mundo,<sup>358</sup> el personal médico presta un servicio fundamental en la lucha contra la pandemia, por lo que se debe garantizar, mínimamente el pago de salarios de manera puntual.

Ante el colapso sanitario y el evidente contagio del personal de salud, el Ministerio de Salud durante julio, emitió convocatoria para la contratación de 5.000 profesionales para fortalecer los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud frente a la pandemia del COVID-19.<sup>359</sup> Al respecto, la Defensoría del Pueblo, en septiembre, con el objeto de constatar la situación del personal de salud con relación al pago de sus salarios, realizó entrevistas con los directores de los hospitales públicos COVID-19, se obtuvo la siguiente información:

En el Hospital Municipal de Cotahuma del departamento de La Paz, el personal médico contratado por la AISEM tuvo retraso en el pago de sus salarios, además la autoridad entrevista refirió que conoce que médicos del Hospital de La Portada, les pagaron el salario de julio en septiembre. En el centro COVID-19 de Potosí, se presentaron quejas y reclamos, por problemas administrativos y no habrían cobrado el salario del mes de agosto, por lo que tendrían mucho retraso.

En Cochabamba, en el Hospital Solomon Klein el personal contratado eventualmente por el Ministerio de Salud, en el mes de junio, tuvo dificultades en la presentación de sus informes para cobrar sus sueldos. En el Hospital del Sud y del Norte, el personal eventual contratado, habría reclamado demora en el pago de sus salarios por parte del Ministerio de Salud y de la Alcaldía de ese municipio. En el Hospital San Pedro Claver del departamento de Chuquisaca, la autoridad entrevistada señaló que la situación es una "pena" y que se contrató 103 profesionales de salud mediante consultoría de la OPS del Ministerio de Salud; sin embargo, ninguno recibió su sueldo, desde el mes de julio, motivo por el cual muchos han preferido renunciar. En Tarija, el Hospital regional San Juan de Dios sostuvo que sí se registraron retrasos en los pagos de los salarios del personal de salud, por falta de cancelación de los contratos del Ministerio de Salud.

<sup>358</sup> <https://www.ilo.org/global/topics/wages/lang--es/index.htm>

<sup>359</sup> <https://www.minsalud.gob.bo/4402-salud-convocatoria-contratos>

En el Hospital Japonés de Santa Cruz, hubo quejas y retrasos en el pago de salarios del personal que fue contratado para los domos. En cambio, en el Centro Centinela COVID-19 de Beni, el municipio de Trinidad, les debe dos meses y seis días de salario. En el Hospital COVID-19, Dr. Hernán Messuti Ribera de Pando, desde la apertura del establecimiento de salud, 50% del personal se encuentra impago y la autoridad entrevistada atribuyó este problema a la AISEM y el Ministerio de Salud.

De igual manera, se realizó entrevistas a los directores de los establecimientos de salud de la Seguridad Social a Corto Plazo que atienden pacientes COVID-19, al respecto se obtuvo lo siguiente:

En el Hospital General N° 8 Luis Uría de la Oliva de la Caja Nacional de Salud del departamento de La Paz, existió un retraso de hasta cuatro días; en el Hospital Obrero N° 5 de la Caja Nacional de Salud y centro de aislamiento de Potosí existieron retrasos de hasta 10 días para el personal contratado.

En cambio en la Caja Petrolera de Salud Elizabeth Seton y en el Hospital Obrero N° 2 de la Caja Nacional de Salud, ambos del Departamento de Cochabamba, existió retraso en el pago de salarios del personal eventual, debido a requisitos administrativos incumplidos. En el Hospital Obrero N° 7 Dr. Odmar Jaén Castillo de la Caja Nacional de Salud de Tarija, hubo un retraso en el pago de salarios de 15 días. Finalmente en la Caja Nacional de Salud del Beni, se elaboraron planes de contingencia y empezaron a contratar personal; sin embargo, no les habrían aprobado el presupuesto, motivo por el cual no podían pagar al personal de salud y recién cancelaron los salarios.

Al respecto de la revisión de medios de prensa, se obtuvo que en abril en Cochabamba, personal médico sin EPP de Bioseguridad y sin sueldos denunció abandono por parte del Gobierno.<sup>360</sup>

Profesionales de la salud en el municipio Quillacollo en el departamento de Cochabamba, protestaron contra la precariedad laboral y por el colapso sanitario en los distintos centros hospitalarios en medio de la pandemia del coronavirus. El personal sanitario denunció en julio que las autoridades sanitarias les adeudan sueldos desde marzo.<sup>361</sup>

En septiembre, en el departamento de La Paz, se conoció que hay 300 médicos a contrato que desde julio no reciben sueldo; tomando en cuenta que por la naturaleza de sus funciones trabajan más de las 8 horas diarias y si se contagian la COVID-19 sufren descuentos por el tiempo que se encuentran enfermos. De igual manera, el expresidente del Colegio Médico de Pando señaló que existen 454 personas que trabajan como personal de salud, entré médicos, enfermeras, auxiliares, técnicos y hasta personal de limpieza que se encuentra en los Hospitales Hernán Messuti y Perla del Acre. En este último nosocomio, el personal no recibe sueldo desde mayo, situación similar se vivió en Cochabamba donde 100 profesionales médicos del Hospital del Sur y del Solomon Kleín no reciben salarios<sup>362</sup>

<sup>360</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/cochabamba/batas-nylon-equipo-bioseguridad-sueldos-personal-salud-denuncia-abandono/20200415012208762201.html>

<sup>361</sup> <https://www.telesurtv.net/news/medicos-bolivia-protestan-contra-precariidad-laboral-20200715-0021.html>

<sup>362</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/9/8/hay-300-medicos-sin-sueldo-si-se-enferman-les-descuentan-267256.html>

Ante las denuncias del departamento de La Paz, Pando y Cochabamba, el Viceministro de Salud de Promoción y Vigilancia Epidemiológica aseguró que “es cierto” que en algunos casos no se pudo pagar con la celeridad que se desearía debido a que es la Agencia de Infraestructura en Salud y Equipamiento Médico (AISEM) la que está a cargo de esos recursos humanos a contrato. Indicó que esta unidad es la instancia que canaliza los fondos<sup>363</sup>. Sin embargo, en septiembre, el secretario general de la Federación Departamental de Juntas Vecinales (FEDJUVE) de Tarija informó que el personal médico dependiente del Gobierno Nacional no está cobrado sus salarios y que en los próximos días algunos se quedarán sin contrato.<sup>364</sup> De igual manera, en el departamento de Santa Cruz se informó que 120 funcionarios que trabajan en el domo 1 del Hospital Japonés, mínimamente se les debe un mes, aunque en varios casos el retraso llega a dos meses y medio. Todos los contratos, financiados por el Banco Mundial (BM) y gestionados por el Ministerio de Salud, tienen una duración de 90 días.<sup>365</sup>

Por lo señalado, la falta de pago de salarios constituye una vulneración a un derecho laboral fundamental que se agrava en una situación de pandemia donde el personal de salud ya sea con ítem o a contrato es el protagonista principal en la lucha contra el COVID-19.

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Recibir información adecuada y oportuna para tomar decisiones libre y voluntariamente, se constituyen en uno de los principales derechos constitucionales de todo paciente, en este sentido y entendiendo al consentimiento informado como la voluntad o decisión del paciente de rechazar el tratamiento u hospitalización indicados por el médico tratante, registrado en la historia clínica y debidamente respaldado por la firma del paciente o de su familiar o responsable legal, o en situaciones donde el paciente no tiene capacidad de decidir sobre su persona, requiere intervención profesional médica y no cuenta con un familiar, pariente o responsable legal, la institución de salud asume la decisión terapéutica siguiendo las normas y protocolos vigentes. Constituyendo obligación del médico registrar en la historia clínica, la información brindada al paciente respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad, este registro debe ser suscrito por el paciente, familiar, pariente o representante legal<sup>366</sup>.

Independientemente que el Ministerio de Salud en la gestión 2008, aprobó (entre otros) el formulario de obtención de consentimiento informado<sup>367</sup>, el 9 de marzo de 2020 emitió la Guía para el manejo del COVID-19<sup>368</sup>, permitiendo además la actualización constante de dicho documento técnico por la Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud. El contenido de esta guía que define los aspectos generales para manejar y tratar pacientes afectados por COVID-19, para el caso particular, establece lineamientos generales y específicos respecto al consentimiento informado. Así por ejemplo, con relación a la aplicación de antivirales expresamente señala: “(...) La indicación y uso terapéutico del fármaco elegido dependerá de la disponibilidad, la indicación del médico especialista o de la Junta Médica, con el

<sup>363</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/9/8/salud-reconoce-demora-dice-que-la-aisem-esta-cargo-267255.html>

<sup>364</sup> <https://www.elperiodico-digital.com/2020/09/25/fedjuve-personal-de-salud-sin-sueldos-ni-contratos/>

<sup>365</sup> <https://eju.tv/2020/09/santa-cruz-esta-semana-pagaran-sueldo-al-personal-de-salud-segun-autoridades/>

<sup>366</sup> [http://www.cnscbba.gob.bo/archivos\\_subidos/Transparencia/DECRETO\\_REGLAMENTARIO\\_A\\_LA\\_LEY\\_3131.pdf](http://www.cnscbba.gob.bo/archivos_subidos/Transparencia/DECRETO_REGLAMENTARIO_A_LA_LEY_3131.pdf)

<sup>367</sup> [https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/dgss/Area\\_de\\_Calidad/65%20consentimiento%20informado.pdf](https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/dgss/Area_de_Calidad/65%20consentimiento%20informado.pdf)

<sup>368</sup> [https://www.minsalud.gob.bo/images/Descarga/COVID-1919/GUIA\\_COVID-19-19\\_COMPLETA\\_MAYO.pdf](https://www.minsalud.gob.bo/images/Descarga/COVID-1919/GUIA_COVID-19-19_COMPLETA_MAYO.pdf)



respectivo Consentimiento Informado”<sup>369</sup>; en cuanto a las Pautas de Manejo Terapéutico de COVID-19, dispone; “(...) En caso de indicación de terapia antiviral, deberá realizarse un Consentimiento Informado previo, firmado por el paciente o responsable legal del mismo (...)”; así además para que el paciente COVID-19 sea incluido en el uso de plasma de paciente convaleciente como medida terapéutica, establece: “(...) la necesidad de contar con la firma del consentimiento informado de rutina (...)”. Ahora bien, respecto a los lineamientos específicos de consentimiento informado, la merituada guía cuenta con dos anexos importantes, el Anexo N° 25, denominado “Consentimiento y Compromiso Para Cumplir Cuarentena en el Contexto Del COVID-19”; en dicho documento, se establece claramente que la persona cuyo aislamiento ha recomendado la Autoridad de Salud competente teniendo conocimiento de la información da su consentimiento y compromiso para cumplir estrictamente el protocolo de la cuarentena impuesta, estableciendo las posibles sanciones a que pudiera ser pasible en caso de incumplimiento. De igual manera, el Anexo N° 33 de la merituada guía, denominado “Procedimiento para repatriación y regreso de connacionales provenientes de Países o Zonas de Riesgo para COVID-19”, dentro del procedimiento establece que de no existir contraindicación clínica para continuar con el proceso de repatriación, se dará a conocer el consentimiento informado en el cual se le informará al connacional cuáles serán las indicaciones durante el vuelo y a su ingreso en el país (seguir indicaciones de tripulación, personal médico, uso de precauciones y protocolo al ingreso al territorio nacional). Dentro de los anexos de la referida guía, consta además el Anexo N° 37, que contiene el documento específico respecto a consentimiento informado para tratamiento de COVID-19, documento denominado “Consentimiento Informado para el tratamiento farmacológico de pacientes con COVID-19 (Coronavirus)”<sup>370</sup>.

En este marco y en conocimiento de la existencia de un formulario particular para obtener el consentimiento Informado en el tratamiento de pacientes infectados con COVID-19, la Defensoría del Pueblo, en septiembre de 2020, realizó entrevistas a Directores de hospitales públicos COVID-19 y a directores de hospitales de la seguridad social COVID-19 a fin de conocer qué formulario de consentimiento informado se aplicaba en aquellos nosocomios. El resultado de la entrevista arrojó el siguiente detalle:

En el departamento de La Paz en los hospitales públicos del Norte y Cotahuma, se refirieron en el primero a que cuentan con el formulario que ha implementado el propio hospital, desarrollado por el comité científico del hospital, en dicho documento firman tanto paciente como sus familiares; en el segundo caso manifiestan que internamente elaboraron un formulario de consentimiento informado que entre otros requisitos exigía la prueba de COVID-19 para su ingreso. En cuanto a nosocomios de la Seguridad Social, se tiene que en el Hospital de la Caja Petrolera de Salud, el formulario que emplean para obtener consentimiento informado es el que se utilizó para todas las patologías y no así uno específico para COVID-19. En el Hospital Luis Uría de la Oliva, perteneciente a la Caja Nacional de Salud, se aclaró que utilizan un formulario de consentimiento informado elaborado por el personal del propio nosocomio.

<sup>369</sup> [https://www.minsalud.gob.bo/images/Descarga/COVID-1919/GUIA\\_COVID-19-19\\_COMPLETA\\_MAYO.pdf](https://www.minsalud.gob.bo/images/Descarga/COVID-1919/GUIA_COVID-19-19_COMPLETA_MAYO.pdf)

<sup>370</sup> [https://www.minsalud.gob.bo/images/Descarga/COVID-1919/GUIA\\_COVID-19-19\\_COMPLETA\\_MAYO.pdf](https://www.minsalud.gob.bo/images/Descarga/COVID-1919/GUIA_COVID-19-19_COMPLETA_MAYO.pdf)



En el Hospital General Bloque Oruro Corea, señalan que no se cuenta con un formulario específico para pacientes COVID-19 y que se utiliza el formulario general para pacientes internados. En cuanto a la Seguridad Social en el Hospital Obrero N° 4 de la CNS, se manifestó que todos los pacientes cuentan con el formulario de consentimiento informado no sólo aquellos que padecen COVID-19.

En el caso de Potosí para el Hospital Obrero N° 5 de la Caja Nacional de Salud, se tiene que el formulario de consentimiento informado es aquel general que se usa para todas las patologías en el marco de la normativa vigente. En el Centro COVID-19 se tiene que los formularios que utilizan para obtener el consentimiento informado de las personas aquejadas con este mal son elaborados en un 80% de forma manuscrita.

En el caso del departamento de Cochabamba, en los Hospitales Obrero N° 2 de la Caja Nacional de Salud y Elizabeth Seton de la Caja Petrolera de Salud manifiestan que aplican el formulario único emitido por el Sedes. No tienen uno específico para pacientes COVID-19, en ambos casos no fue posible obtener copia del mismo. En el Hospital Viedma, se utiliza el formulario general para pacientes de cualquier patología, en el Hospital del Norte señalaron que aplican el formulario establecido por el Ministerio de Salud, en el Hospital del Sud señalan que tienen un formulario específico para pacientes COVID-19 y en el Hospital Solomon Klein aplican el formulario de consentimiento informado que tienen para todas las patologías. Además, el personal de salud tiene la obligación de explicar el formulario de consentimiento al paciente o los familiares.

En cuanto a Chuquisaca, en el Hospital Obrero N°6 Jaime Mendoza, dependiente de la Caja Nacional de Salud, sus autoridades manifestaron que cuentan con el formulario de consentimiento informado sin especificar cuál es el que utilizan. En el caso del Hospital San Pedro Claver, tienen el formulario de consentimiento informado aunque de igual manera no refieren claramente de cuál se trata. Para el caso de Tarija, en cuanto al Hospital Obrero N° 7 manifiestan claramente que para pacientes COVID-19 no se realiza el consentimiento informado, salvo que haya tratamiento con medicamentos específicos; sucede lo mismo con el Hospital Regional San Juan de Dios de Tarija que atiende pacientes COVID-19 y no COVID-19. En cuanto al Hospital COVID-19 Dr. Hernán Messuti Ribera en Pando, se manifestó enfáticamente que los formularios fueron aplicados de acuerdo con su existencia y necesidad, recalando este extremo cuando se requirió mayor especificidad en la respuesta.

En el Hospital Japonés de Santa Cruz, se señaló que se utilizan dos tipos de formularios para pacientes COVID-19, uno para tratamiento farmacológico y otro para tratamiento con plasma hiperinmune ambos del propio hospital y en el Hospital de la Caja Petrolera de Salud se manifestó que al no realizar tratamientos invasivos no utilizan formulario de consentimiento informado, pero sí otro tipo de controles distintos a esta figura, aseveración realizada por su Jefe de Epidemiología. En el caso del Departamento del Beni, se tiene que el Hospital de la Caja Nacional de Salud sus autoridades manifestaron contar con un formulario de consentimiento informado para todos los pacientes sin distinción, en el caso del Centro Centinela COVID-19 se refirió que se utiliza el formulario de consentimiento informado dotado por el Ministerio de Salud.

Entonces, es claro que los hospitales que atendieron pacientes COVID-19 contaban con formularios de consentimiento informado (expreso); sin embargo, conforme lo manifestado por las autoridades de los nosocomios visitados, se evidencia heterogeneidad en el documento utilizado.

Por otro lado, se pudo observar que durante la vigencia de la cuarentena se desarrollaron distintas actividades médicas a nivel nacional, rastrillajes, visitas, encapsulamiento de zonas o áreas, etc., que estuvieron acompañadas de la aplicación de tratamientos farmacológicos como la dosificación de ivermectina, o medicamentos de acuerdo al criterio técnico oficial de los Sedes, sustentado en diferentes experiencias de otros países y recogidas por las autoridades de salud nacionales<sup>371</sup>, son la recomendada para aliviar los síntomas de la COVID-19. Evidentemente, esta dosificación debe contar con la aceptación o consentimiento previo de la persona a ser tratada, a fin de que conozca los efectos de la sustancia que se le está dando, los motivos por los cuales se está optando medicamente por ese tratamiento, además de los aspectos generales y específicos que fueron establecidos en el Anexo N° 37 de la Guía para el Manejo del COVID-19. Así sucede como consecuencia de la autorización por parte del Ministerio de Salud para el uso de la ivermectina como método de tratamiento contra la COVID-19, particularmente en el departamento del Beni y sobre todo en la ciudad de Trinidad: "(...) La Alcaldía, Gobernación y Gobierno Central, ganaderos y juntas vecinales de esa región, participan en la campaña denominada 'Ivermectina gratis para la gente' con el objetivo de evitar una mayor escalada de contagios y muertes por el virus. El pasado 12 de mayo, el Ministerio de Salud autorizó el uso de la ivermectina en el país y señaló que podría ser utilizada para el tratamiento de pacientes con coronavirus bajo protocolo médico y consentimiento informado. Sin embargo, se aclaró que no es recomendable ante la falta de evidencia científica sobre su efecto (...) <sup>372</sup>", considerando además el inusitado y poco esperado incremento de contagios de COVID-19 en aquel departamento, así por información oficial recogida en la página web del Ministerio de Salud, se supo que mediante Resolución Ministerial N° 259 de 12 de Mayo de 2020, la ivermectina fue incluida, en la "Lista Nacional de Medicamentos Esenciales 2018-2020", y que podrá ser utilizada para el tratamiento de pacientes con coronavirus COVID-19, bajo protocolo médico y consentimiento informado<sup>373</sup>. Situación similar pero por el éxito que tuvo sucedió con la donación y transfusión de plasma hiperinmune que en el marco del protocolo específico emitido por el Ministerio de Salud, denominado "Protocolo de Obtención y Uso del Plasma Hiperinmune obtenido por Plasmaféresis en pacientes con COVID-19, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 203 de 15 de abril de 2020<sup>374</sup>, se ha requerido y se requiere el consentimiento previo informado, así lo refleja la prensa: "(...)El Gobierno de Jeanine Áñez aprobó un protocolo para la transfusión de plasma hiperinmune con fines terapéuticos en casos de coronavirus, bajo consentimiento informado y previo estudio para ver si la persona contagiada puede recibirlo. Los buenos resultados de la aplicación de plasma hiperinmune (extraído a pacientes que superaron el COVID-19) provocaron una oleada de personas interesadas en acceder a ese tratamiento, informó la agencia ANSA (...) <sup>375</sup>".

<sup>371</sup> <https://www.ferrere.com/en/news/bolivia-consideraciones-legales-para-el-uso-de-la-ivermectina-en-el-marco-del-uso-compasivo-de-medicamentos/>

<sup>372</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20200520/beni-dan-ivermectina-casa-casa-frenar-COVID-19-19-alertan-riesgos>

<sup>373</sup> <https://www.minsalud.gob.bo/4157-ministerio-de-salud-autoriza-uso-de-ivermectina-contra-el-COVID-19-19-bajo-protocolo>

<sup>374</sup> <https://www.minsalud.gob.bo/4153-uso-del-plasma-hiperinmune-es-el-tratamiento-validado-contra-el-COVID-19-19>

<sup>375</sup> <https://www.ambito.com/mundo/bolivia/el-boom-transfusiones-plasma-le-COVID-19-19-propicio-un-mercado-ilegal-n5108272>

La actualización periódica que realizan las oficinas técnicas del Ministerio de Salud en coordinación con las instancias de salud de los distintos niveles de gobierno, a los diferentes protocolos y guías relativas a la COVID-19, han exigido ajustar de igual modo los anexos relativos al consentimiento informado; por ejemplo, desde el momento que se eliminó la hidroxiclороquina como parte del tratamiento y se incorpora el uso de plasma para tratar a los enfermos, también se actualizó el documento que contiene el aval de consentimiento: "(...) En la primera versión de esta guía, el tratamiento con hidroxiclороquina aparecía en los tres casos que presenta la enfermedad, tanto no complicados como leves y graves, mientras que en esta nueva edición ya no figura el nombre de este fármaco en ningún caso; ocurre lo mismo con el fosfato de cloroquina. La cloroquina apareció como parte del tratamiento contra el coronavirus en las primeras semanas de la pandemia, pero en estos días varios países prohibieron su uso debido a los problemas colaterales que causaba. Los que sí aparecen en esta guía y no se encontraba en la anterior versión es el tratamiento con plasma sanguíneo convaleciente en los casos en que la enfermedad sea grave (...)"<sup>376</sup>.

Merece entonces hacer notar que, a nivel departamental cada instancia de salud emitió guías para atención y manejo de COVID-19, en las cuales de igual manera se consideró el aspecto de consentimiento informado particularmente en temas referidos a la aplicación de diferentes tratamientos farmacológicos. Esta situación sucedió, por ejemplo, el mes de mayo en Santa Cruz, como consecuencia de la aplicación del plasma hiperinmune como tratamiento contra la COVID-19<sup>377</sup>, este aspecto como consecuencia del uso de la ivermectina exigió al COED de Chuquisaca la actualización de sus protocolos de atención COVID-19, que incluyó la necesidad de considerar el consentimiento informado <sup>378</sup>.

Ejemplo de una situación vulneratoria al derecho al consentimiento informado, ha surgido en el caso del paciente S internado en la Clínica del Sur en el mes de marzo de 2020, caso aperturado de oficio por las instancias correspondientes de la Defensoría del Pueblo, en el que de la revisión de la historia clínica se pudo evidenciar un consentimiento informado genérico, que no establece el consentimiento de traslado a otro centro de salud y menos información relativa a actos médicos específicos para el COVID-19, cuando el paciente se encontraba en ejercicio pleno de su capacidad para expresar su voluntad, aspecto demostrado en la nota de prensa emitida por la Clínica del Sur, que sostiene que el paciente salió de este Centro de Salud caminando<sup>379</sup>.

La decisión del traslado fue adoptada unilateralmente por la clínica, cuyas autoridades alegaban al efecto "cumplimiento de protocolo". Por otra parte, la poca o casi ninguna información recibida por la familia sobre el traslado y el estado de salud del paciente, con el que perdieron contacto, vulneró el derecho de acceso a la información y la posibilidad de adoptar acciones para salvaguardar su vida.

<sup>376</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/5/28/nueva-guia-para-tratar-la-COVID-19-19-elimina-la-hidroxiclороquina-pero-anade-el-plasma-256825.html#>

<sup>377</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/5/28/nueva-guia-para-tratar-la-COVID-19-19-elimina-la-hidroxiclороquina-pero-anade-el-plasma-256825.html#>

<sup>378</sup> [https://correodelsur.com/local/20200519\\_comite-cientifico-departamental-elabora-protocolo-sobre-el-uso-de-ivermectina.html](https://correodelsur.com/local/20200519_comite-cientifico-departamental-elabora-protocolo-sobre-el-uso-de-ivermectina.html)

<sup>379</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/4/1/clinica-del-sur-richard-sandoval-salio-caminando-251451.html>

En cumplimiento a protocolos de atención de pacientes COVID-19, éstos deben ser aislados de su entorno familiar, situación que decanta en la obligación por parte del personal de salud de brindar mayor información permanente y oportuna sobre el estado de salud del paciente, que no se aplicó en el caso del señor S y que no es una situación aislada ya que surgen otros casos que relatan la misma afectación, como se demuestra en la nota de prensa que establece “No sabemos si está vivo o muerto”: la doble angustia de familias de pacientes. El aislamiento domiciliario, la restricción de visitas y la escasez de información agravan la incertidumbre y el dolor que viven los familiares de enfermos ingresados en unidades de Terapia Intensiva<sup>380</sup>.

En conclusión, dentro del caso del paciente S y de manera análoga en otros, existe una vulneración directa al derecho a obtener información y al consentimiento del paciente, pilares del derecho a la salud y de una relación médico paciente que debe ser lo más humana posible sin importar la situación de emergencia o pandemia. El derecho a la información del paciente fue vulnerado directamente a momento de ser transferido desde la Clínica del Sur e indirectamente, ya que en el Hospital Municipal La Portada la familia no recibe ninguna información concreta sobre el estado, diagnóstico, gravedad y acciones a tomar sobre el paciente. El consentimiento del señor S es vulnerado en la Clínica del Sur cuando es remitido en contra de su voluntad al establecimiento de salud municipal sin explicaciones ni opciones.

Como se manifestó durante el desarrollo del presente, la información dentro de lo que involucra al derecho a la salud tiene una doble dimensión: por un lado, la obligación de todo profesional de salud de informar a su paciente, y, por otro, el derecho de dicho paciente a ser informado. El médico le debe a toda persona que examina, que trata o que aconseja una información leal, clara y apropiada sobre su estado, los diagnósticos y el tratamiento que le propone. A lo largo de la enfermedad, se debe tomar en cuenta la personalidad del paciente para dar las explicaciones al igual que estar atento a su comprensión. En principio, si una persona decide mantenerse en la ignorancia de un diagnóstico o pronóstico, su voluntad debe ser respetada, con la excepción de que terceros estén expuestos a un riesgo de contagio.

Antes de todo acto médico, de tratamiento o de prevención el paciente debe, a menos que exista una urgencia o imposibilidad, ser informado de su estado de salud, de lo que implica el acto a ser aplicado, de su oportunidad, de las alternativas terapéuticas existentes y de sus ventajas e inconvenientes, de las consecuencias a seguir en caso de rehusar dicho acto médico.

## **MEDIOS ALTERNATIVOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA COVID-19**

El artículo 42 de la Constitución Política del Estado establece que es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos; la promoción de la medicina tradicional incorporará el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural, y como patrimonio

<sup>380</sup> <https://www.paginasiete.bo/gente/2020/4/12/no-sabemos-si-esta-vivo-muerto-la-doble-angustia-de-familias-de-pacientes-252420.html>

de las naciones y pueblos indígena originario campesinos. Dispone que la ley regulará el ejercicio de la medicina tradicional y garantizará la calidad de su servicio.

En este contexto, la Ley N° 459, de 19 de diciembre de 2013, y el Decreto Supremo N° 2436 de 1 de Julio de 2015 regulan el ejercicio, la práctica y la articulación de la medicina tradicional ancestral boliviana en el Sistema Nacional de Salud.

En el marco de la pandemia, la Ley N° 1293, de 1° de abril de 2020, establece que el Órgano Ejecutivo a través del Ministerio de Salud podrá recurrir a la medicina tradicional para la prevención y contención de la infección por el coronavirus (COVID-19). En junio de 2020, esta Cartera Ministerial definió una reestructuración en su organización, por tanto el hasta entonces Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad pasó a formar parte del Viceministerio de Promoción, Vigilancia Epidemiológica y Medicina Tradicional e Interculturalidad, que tiene dentro de su estructura a las direcciones generales de Promoción y Prevención de Salud, de Epidemiología y de Medicina Tradicional e Interculturalidad<sup>381</sup>. Al respecto, es preciso hacer notar que una de las tantas alternativas de pretensión curativa que generó expectativa en la población fue la medicina alternativa a base de determinadas plantas cuyos comercializadores aseguraron ante la opinión pública ser la cura efectiva para la COVID-19: "(...) En medio de la crisis sanitaria, sin embargo, los habitantes de Lomerío decidieron probar si el consejo ancestral funcionaba para este virus. Debido a su vínculo estrecho con la tierra, ellos siempre han recurrido a las plantas como una forma de combatir diversos males".

## MEDICINA ALTERNATIVA

Por lo general, las preparan como una infusión simple y luego la beben en una taza o la utilizan para bañarse. También realizan nebulizaciones naturales agregando eucalipto. En el caso del kutuki, lo maceran con alcohol. "Ahora la gente lo bebe sin importarle el olor ni nada", cuenta José Chuvé (...). "(...) habitantes de San Antonio de Lomerío —un municipio ubicado a 250 kilómetros del departamento de Santa Cruz— empezaron a notar que la infusión de kutuki calmaba sus síntomas. Pronto, la reputación sanadora de este "potente macerado" se extendió por toda la comunidad. "Pensé que, si estaba funcionando, yo podría mejorar su propaganda y hacerle incluso una etiqueta", cuenta José Parapaino, cacique mayor y hermano de Juan. Casi como un juego, diseñó una suerte de meme y lo subió a las redes sociales logrando una respuesta inmediata de la gente. José comenzó a recibir decenas de mensajes preguntando por el producto. Fue entonces que junto a su familia decidieron producir y envasar el macerado bajo la etiqueta: "Sabor original Kutuki, elaborado en San Antonio de Lomerío (...)"<sup>382</sup>. Situación similar surgió en occidente con la planta denominada matico, que alcanzó gran demanda en la población debido a los efectos "curativos", que a decir de la gente tenía respecto a la COVID-19: "(...) La planta de matico tiene una serie de bondades que son destacadas por la medicina tradicional, pero no es una cura para el coronavirus COVID-19, como hacen entrever cadenas que circulan por las redes sociales, especialmente WhatsApp y Facebook". Respecto al matico, la cadena señala: "Esta

<sup>381</sup> <https://www.minsalud.gob.bo/4261-ministerio-de-salud-refuerza-su-estructura-institucional-con-tres-viceministerios-y-la-mision-de-cambiar-la-realidad-sanitaria>

<sup>382</sup> <https://saludconlupa.com/noticias/la-otra-america-latina/bolivia-la-comunidad-de-lomerio-ensava-una-planta-medicinal-para-enfrentar-la-pandemia/>

planta con una sola taza te abre milagrosamente los pulmones, tengo un familiar que está con COVID-19, ya no podía respirar estaba a punto de morir, como último recurso un familiar me lo recomendó". El texto agrega que la persona en cinco días muestra una clara mejoría. "¡Es increíble el resultado curativo de esta planta!", asegura. La publicación de la página "Jaén es Bacán" es una de las que más promociona el uso de este remedio casero en la lucha contra el coronavirus. Este post va acompañado de una fotografía de esta planta medicinal (...) <sup>383</sup> o el caso del denominado ajo negro: "(...) Es siete veces más potente que el ajo común", se trata de un bulbo que, según los médicos naturistas de Cochabamba, refuerza el sistema inmunológico de las personas, evitando que enfermen de coronavirus. Además de ese remedio, los naturistas de diferentes regiones del departamento (Cercado, Cono Sur, valles y los pertenecientes al Comité de Medicina Tradicional) sugirieron ayer más de una decena de opciones tradicionales para prevenir o tratar el COVID-19 (...). Además del ajo, sugirieron la vaporización y el consumo de infusiones de manzanilla, eucalipto, wira wira, romero, menta, tomillo, salvia, orégano, pino, y matico, "que tienen sustento técnico y científico en relación a sus propiedades antiinflamatorias, anticoagulantes, antivirales, antibióticos y antifebriles(...)" <sup>384</sup>.

Como refleja la prensa, esta situación de demanda de plantas medicinales como alternativa ante la inexistencia de certidumbre en fármacos para la lucha contra la COVID-19 y que se vivió de forma desmedida en lapsos de la cuarentena, provocó incluso intentos de agio y especulación e incremento desproporcionado de precio. "(...) Doña Elena vende cinco hojas de matico en cuatro pesos". "La manzanilla es escasa y en Villa Dolores, donde se vende por mayor las plantas medicinales también subieron y uno tiene que pelear para agarrar", relató. En el mercado y desde que se registraron los primeros casos de la pandemia en Bolivia, cientos de familias pusieron su fe en remedios naturales, como el eucalipto wira wira y otros, para contrarrestar el virus (...) <sup>385</sup>.

La medicina alternativa conforme su reconocimiento constitucional y su reglamentación legal debe ser considerada por las instancias competentes para su correcta aplicación en enfermedades diversas; a nivel departamental esta función fue asumida por las secretarías de salud y los servicios de salud para poder lograr un documento base para informar a la población. Es el caso del departamento de Cochabamba, cuya gobernación a través de sus instancias competentes definió la consideración y elaboración de insumos documentales de aplicación de medicina tradicional: "(...) La responsable de Medicina Tradicional del Sedes señaló que procesarán la información presentada y elaborarán un manual sobre el uso de las plantas medicinales y alimentos para prevenir y tratar el COVID-19. El Sedes y el Comité de Medicina Tradicional están trabajando en coordinación para avalar el documento (...) <sup>386</sup>", compromiso que se materializó el 2 de agosto a nivel departamental, conforme consta de manera pública a través de la prensa <sup>387</sup>; sin embargo a nivel nacional más allá de la Ley N° 1293 y de los criterios vertidos por autoridades del Órgano Ejecutivo como es el caso del Director

<sup>383</sup> <https://boliviaverifica.bo/plantas-como-el-matico-tienen-altos-beneficios-pero-no-curan-del-Coronavirus/>

<sup>384</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/cochabamba/naturistas-tiene-mas-10-propuestas-tratar-COVID-19-19-es-ajo-negro/20200708220423776653.html>

<sup>385</sup> <https://www.la-razon.com/extra/2020/08/21/mates-para-COVID-19-19-se-encarecen-y-escasean/>

<sup>386</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/cochabamba/naturistas-tiene-mas-10-propuestas-tratar-COVID-19-19-es-ajo-negro/20200708220423776653.html>

<sup>387</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/cochabamba/promulgan-ley-uso-medicina-natural-alternativa-tratamiento-prevencion-COVID-19-19/20200803124411780723.html>



Nacional de Medicina Tradicional del Ministerio de Salud, no existe pronunciamiento oficial al respecto<sup>388</sup>. Contrariamente, altas autoridades del Gobierno, como el caso del Ministro de Gobierno, que no cuentan con la competencia técnica y legal para pronunciarse sobre el tópico específico, manifestaron públicamente: "(...) Tenemos mucha gente irresponsable en las calles que no obedecen las instrucciones que se les da, pero especialmente tenemos políticos irresponsables que con mentiras y con cuentos sacan a las calles indicándoles que esta maldita enfermedad es una mentira, es un invento y se cura con wira wira, no es así. Éste es un virus que está matando a mucha gente en el mundo y se cura con inteligencia, se cura llegando a tiempo al médico, se cura tomando las precauciones necesarias, no se cura con estupideces"<sup>389</sup>. De este modo, queda pendiente una definición estatal del nivel central en esta área, a fin de que la población sobre base cierta pueda asumir y en su caso consentir previa información la aplicación de tratamientos que tengan como base la medicina tradicional.

Conforme se pudo evidenciar en el desarrollo del presente tema, son innegables las propiedades beneficiosas de las plantas para la salud en general, por lo que se hace aún más prioritario contar con un pronunciamiento oficial, sustentado y documentado respecto a su uso en el tratamiento de la COVID-19. Así lo reflejan incluso medios oficiales: "(...) Bolivia Verifica encontró que en el país existen naturistas y poblaciones indígenas que utilizan ésta y otras plantas medicinales para prevenir o luchar contra el COVID-19". "Otras plantas en las que se pone interés son la ebanta (corteza), la guayaba, maga silvestre y el matico, usadas desde siempre contra las enfermedades relacionadas con la gripe"; cita una nota publicada en abril por el periódico Opinión de Cochabamba, respecto a cómo los indígenas Uchupiamonas se preparan contra el coronavirus. La Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (Sobometra), indica que la manzanilla y el matico, que son usados para la elaboración de medicamentos de forma casera por 'kallawayas', están por desaparecer, según afirma una nota de la Red Erbol. No se pueden negar todas las propiedades medicinales que tiene la planta de matico existente en diferentes regiones del país, pero no es una cura certificada en contra del coronavirus COVID-19<sup>390</sup>.

El Ministerio de Salud mediante Informe MS/VMTI/IT/66/2020, emitido en fecha 17 de septiembre, respecto a medicina alternativa y tradicional, manifestó que esa Cartera de Estado se encuentra desarrollando una serie de acciones tendientes a aminorar los efectos letales de la COVID-19, a través de la implementación de Cámaras de Vahos a base de eucalipto, wira wira y manzanilla, como una medida de prevención contra las afecciones respiratorias y para fortalecer el sistema inmunológico, a objeto de que dicha medida preventiva sea replicada en diferentes sectores de la sociedad como así también en las instituciones públicas y privadas de todo el país. Entre otras medidas, también se han venido realizando una serie de rituales y ceremonias religiosas espirituales apelando a las diversas deidades y seres sobrenaturales conforme su sistema de creencias propias y cosmovisión para la protección del territorio y la población frente a este mal endémico.

<sup>388</sup> <https://urgente.bo/noticia/conozca-las-caracter%C3%ADsticas-tipos-beneficios-y-riesgos-del-consumo-de-la-planta-medicinal>

<sup>389</sup> <https://boliviaverifica.bo/el-ministro-murillo-no-califico-a-la-gente-que-consume-hierbas-medicinales-de-estupida/>

<sup>390</sup> <https://boliviaverifica.bo/plantas-como-el-matico-tienen-altos-beneficios-pero-no-curran-del-Coronavirus/>



## DIÓXIDO DE CLORO

En este marco, de igual manera durante el transcurso de la cuarentena rígida y dinámica, así como en el periodo posconfinamiento se conocieron algunos métodos alternativos de probable cura de COVID-19, que no fueron considerados por las autoridades del nivel central que tienen a su cargo la autorización o no de venta de medicamentos, es decir el Ministerio de Salud, la AGEMED. Así surgió la posibilidad de uso del dióxido de cloro, sustancia mineral que por diferentes medios de comunicación y particularmente promovido a través de redes sociales, la ciudadanía boliviana se volcó a las calles para su adquisición, incluso desoyendo las recomendaciones de profesionales médicos con posiciones tanto a favor como en contra de la misma. La AGEMED y las autoridades de gobierno, encabezados por el Ministerio de Salud, se circunscribieron a formular recomendaciones y recordatorios de que la venta y comercialización de este producto con fines curativos, al no estar autorizado para el tratamiento de COVID-19, se encuentran penadas por Ley en el marco del Código Penal, bajo el tipo penal de delitos contra la salud pública e instó a los Sedes a iniciar las acciones legales respectivas al efecto. La Ministra de Salud dejó en claro que el dióxido de cloro no es una “fórmula milagrosa” contra el coronavirus y que hasta el momento no hay evidencias científicas que demuestren la existencia de pacientes curados con ese producto publicitado en medios de comunicación y redes sociales.

Al efecto y para conocer sobre la utilización de la referida sustancia, la Defensoría del Pueblo consultó a autoridades de hospitales públicos COVID-19 y de la Seguridad Social COVID-19, si en el tratamiento a pacientes COVID-19 habrían utilizado dióxido de cloro. El resultado de esta consulta se refleja a continuación:

Los nosocomios que por algún motivo utilizaron dióxido de cloro en el tratamiento de pacientes con COVID-19 fueron en el Beni el Centro COVID-19, en Oruro el Hospital Obrero N° 4 y el Hospital General Bloque Oruro Corea y en Sucre en el Hospital Obrero Jaime Mendoza. De igual modo se utilizó, aclarándose al respecto que: “Se pretendió que el hospital realice el tratamiento con dióxido de cloro, en principio no aceptamos, el equipo médico ha rechazado su uso; sin embargo, a tanta presión no sé, si de la Defensoría, jueces, fiscales, el rector de la Universidad, o sea gente importante, tuvimos que ceder bajo un protocolo y consentimiento informado de que tomen, pero la institución no se responsabiliza. La experiencia del hospital paciente que ha recibido el dióxido, paciente que ha muerto, entonces hemos tenido cuatro casos de ahí nunca más”.

Por su parte los hospitales que no utilizaron el dióxido de cloro fueron el Hospital San Pedro Claver, de Sucre. En el Hospital de Clínicas de La Paz, se manifestó expresamente que no usan dióxido de cloro al igual que en el Hospital de la Caja Petrolera de Salud de la ciudad de La Paz, en el Beni en el Hospital de la Caja Nacional de Salud, tampoco en Pando, en el Hospital COVID-19 Dr. Hernán Messuti Ribera ni en Potosí en el hospital en el Centro COVID-19, aunque refieren que hubo donación de esta sustancia, pero como no se tenía evidencia científica no utilizaron, tampoco en el Hospital de la Caja Nacional de Salud en el mismo departamento en Santa Cruz en el Hospital de la Caja Petrolera de Salud no se hizo uso de esta sustancia, en el Hospital Japonés se señaló que no se utilizó dióxido de cloro, en Tarija en el nosocomio Regional San Juan de Dios tampoco, en el departamento de Cochabamba en los hospitales públicos Viedma, Norte, Sud y Solomon Klein no se utilizó

dióxido de cloro, en el hospital Elizabeth Setón de la Caja Petrolera de Salud señalan que sólo a petición de pacientes se consideró la utilización de dióxido de cloro.

Como se puede observar, si bien el común denominador es la no utilización del dióxido de cloro, hubo excepciones en los tratamientos de algunos hospitales que atendieron pacientes con COVID-19.

Mediante comunicado oficial, el Ministerio de Salud convocó públicamente a grupos que están trabajando con medicaciones alternativas, incluido el dióxido de cloro, que hagan llegar sus protocolos al Ministerio de Salud para mostrar la real efectividad científica, técnica y clínica de este producto, “no hemos recibido hasta ahora ninguna información”, manifestaron las autoridades competentes<sup>391</sup>. El 20 de julio de 2020, emitieron un comunicado categórico al respecto, cuya parte sobresaliente refiere: “(...) esta Cartera de Estado advierte que los promotores de esos irregulares procedimientos experimentales (no científicos) serán procesados con todo el rigor de la ley por atentar a la salud pública de la población, frente a la pandemia del COVID-19. El Ministerio de Salud, por ley, es el único que puede emitir protocolos de tratamiento en forma oficial, refrendados por el Comité Científico Nacional COVID-19; asimismo, se instruye a los Sedes, como corresponde, garantizar el cumplimiento de las normas nacionales contra quienes pongan en riesgo la salud de la población”<sup>392</sup>.

Sin embargo, la Asamblea Legislativa Plurinacional, recogiendo la inquietud de diferentes gobiernos subnacionales que ya habían autorizado el uso facultativo de dióxido de cloro, como el caso de la Asamblea Legislativa Departamental de Oruro que sancionó la Ley departamental de autorización, regulación y elaboración del dióxido de cloro, como tratamiento alternativo y preventivo de coronavirus COVID-19 en pacientes de esa región o el caso del departamento de La Paz, cuya Asamblea Legislativa Departamental de igual modo sancionó la Ley que autoriza el uso del dióxido de cloro (CDS), para la prevención atención y tratamiento del COVID-19, en fecha 14 de julio de 2020. En julio sancionó la Ley Nacional que autoriza, de forma excepcional, la elaboración, comercialización, suministro y uso de la solución de dióxido de cloro para la prevención y tratamiento del coronavirus<sup>393</sup>.

El Órgano Ejecutivo envió en consulta previa al Tribunal Constitucional Plurinacional (TCP) la Ley sancionada por el Órgano Legislativo, y manifestó que acompañó su demanda ante el TCP de una serie de informes, entre ellos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que sostienen que el dióxido de cloro es un “mineral” y no un medicamento que pueda ser utilizado en el tratamiento de personas que padezcan coronavirus<sup>394</sup>; sin embargo, se hace notar que estos informes no fueron de conocimiento de la población oportunamente. Esta acción promovida por el Órgano Ejecutivo fue rechazada por el TCP, en cuya consecuencia el día miércoles 14 de octubre de 2020, la Presidenta de la Asamblea Legislativa Plurinacional promulgó la referida norma, aunque el

<sup>391</sup> <https://www.minsalud.gob.bo/4416-COVID-19-19-ministerio-de-salud-alerta-que-el-uso-del-dioxido-de-cloro-ya-provoco-muertes-en-el-pais>

<sup>392</sup> [https://www.boliviasegura.gob.bo/comunicados\\_proc.php?Seleccion=305](https://www.boliviasegura.gob.bo/comunicados_proc.php?Seleccion=305)

<sup>393</sup> <https://web.senado.gob.bo/prensa/noticias/aprueban-norma-que-permite-la-producci%C3%B3n-y-uso-ade-cuado-de-la-soluci%C3%B3n-de-di%C3%B3xido-de>

<sup>394</sup> <https://brujuladigital.net/politica/gobierno-envia-en-consulta-al-tcp-las-leyes-de-censura-a-ministros-y-uso-de-dioxido-de-cloro>

Viceministro de Coordinación Gubernamental dependiente del Órgano Ejecutivo manifestó que la Gaceta Oficial de Bolivia no publicará dicha norma.

En tanto, en el marco de la Ley Departamental aprobada por la Asamblea Legislativa de La Paz, el Director Técnico del Servicio Departamental de Salud de La Paz, Ramiro Narváez, señaló que el Sedes La Paz hará pruebas clínicas para el uso del dióxido de cloro, y se constituyó en un hito importante toda vez que se constituía en el primer estudio científico sobre la efectividad o ineficacia del uso de dióxido de cloro en el tratamiento del COVID-19<sup>395</sup>, ley departamental que en fecha 09 de septiembre de 2020 fue promulgada por el Gobernador de La Paz, Félix Patzi Paco<sup>396</sup>.

## **EL MANEJO DE LOS CUERPOS FALLECIDOS POR COVID-19 Y EL DERECHO A LA DIGNIDAD**

Mediante Resolución Ministerial N° 0175 del 30 de marzo, el Ministerio de Salud aprobó la Guía de Procedimientos para el manejo y disposición de cadáveres de casos de COVID-19, que tiene por objetivo establecer pautas y conductas para el manejo y disposición de cadáveres, contribuir a prevenir y controlar los diferentes factores de riesgo de contaminación y diseminación, guiar y orientar a las instituciones prestadoras de Servicio de Salud, autoridades competentes del orden nacional, autoridades judiciales, personal de la Policía Boliviana (investigadores y peritos del Instituto de Investigaciones Técnico Científicas de la UNIPOL-IITCUP), personal del Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF), servicios funerarios y cementerios-crematorios y con el fin de disminuir el riesgo de transmisión.

Este documento técnico establece que la capacitación en cuanto al manejo, traslado y disposición final del cadáver por las empresas funerarias y entidades involucradas (municipio, en coordinación con la Policía Boliviana y/o las Fuerzas Armadas) estará a cargo del Sedes de cada departamento. En ese sentido, la Defensoría del Pueblo, a efectos de constatar si existió capacitación en el marco de la mencionada guía, realizó entrevistas a los directores técnicos de los Sedes a nivel nacional. Al respecto se obtuvo la siguiente información:

En el departamento de La Paz, la autoridad refirió que “se han hecho”; en cambio en Potosí, el director entrevistado indicó que se habría realizado capacitación a través de la unidad de salud ambiental durante los meses de mayo y junio; en el departamento de Oruro señaló que a nivel Sedes existe un responsable del área quien capacitó y socializó la guía de manejo y disposición de cadáveres por COVID-19 y que esta difusión incluyó a médicos forenses y policías.

En el departamento de Cochabamba, se informó que se cumplió con la capacitación a cargo de la Unidad de Saneamiento Ambiental del Sedes y del IDIF; la autoridad de Chuquisaca manifestó que en su departamento tuvieron un modelo por la vigilancia en el manejo, traslado de cadáveres y que se realizó capacitación a funerarias y entidades involucradas. En Tarija, el Jefe de Epidemiología señaló que esa información le correspondería brindar al Hospital Regional San Juan de Dios.

<sup>395</sup> [https://eldeber.com.bo/Coronavirus/SEDES-la-paz-hara-pruebas-clinicas-para-el-uso-del-dioxido-de-cloro\\_196890](https://eldeber.com.bo/Coronavirus/SEDES-la-paz-hara-pruebas-clinicas-para-el-uso-del-dioxido-de-cloro_196890)

<sup>396</sup> <http://www.erbol.com.bo/nacional/patzi-promulga-ley-que-autoriza-uso-del-di%C3%B3xido-de-cloro-contra-el-Coronavirus>

En Santa Cruz, refirió que se cumplió con la capacitación y se elaboró un protocolo, el mismo habría sido remitido a todas las instancias y particulares, como así también al Vicepresidente de las Funerarias, Comandante de la 8va. División del Ejército, Comandante de la Naval y al Comandante de la Fuerza Aérea, y la autoridad sanitaria de Pando refirió que sí realizó capacitación, cuentan con la guía de manejo de cadáveres que es igual a la nacional, la local habría sido realizada por el responsable del Programa de Salud Ambiental y Desastres del Sedes y se cumplió con la socialización de este documento. Además informó que “hay algunas instancias que no asumen esa responsabilidad”.

Por su parte, la Defensoría del Pueblo solicitó información a los Sedes a nivel nacional para conocer las acciones de capacitación en cuanto al manejo, traslado y disposición final del cadáver por las empresas funerarias y entidades involucradas, en el marco de la Guía de manejo y disposición de cadáveres aprobada mediante Resolución Ministerial N° 175 de 30 de marzo de 2020 en cada departamento. Al respecto, de las notas de respuesta se obtuvo lo siguiente:

<p style="text-align: center;"><b>PREGUNTA</b></p> <p>Toda vez que la Guía de manejo y disposición de cadáveres, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 175 de 30 de marzo de 2020, establece que los Sedes deben realizar capacitaciones en cuanto al manejo, traslado y disposición final del cadáver por las empresas funerarias y entidades involucradas, acredite documentalmente si se cumplió con dicha obligación.</p>	<p style="text-align: center;"><b>RESPUESTA</b></p>
<p><b>SEDES LA PAZ</b></p>	<p>Mediante Nota CITE GADLP/SEDES/S.U CV-97-09-20, de 30 de septiembre de 2020, el Responsable Departamental COVID-19 informa que el comando de incidentes COVID-19 procedió a la capacitación y actualización respectiva de la Guía de Manejo y Disposición de Cadáveres, en consenso con la Asociación de Funerarias de La Paz y El Alto por medio de sus representantes y del comando. Aclara que desde el 11 de agosto hasta el 1° de septiembre se realizó la capacitación y actualización teórico práctico sobre manejo y disposición de cadáveres en el contexto del COVID-19, bajo cronograma consensuado con la asociación de funerarias de La Paz y el Alto. Habiendo capacitado a 44 funerarias.</p>
<p><b>SEDES ORURO</b></p>	<p>Se hizo la capacitación de manejo de cadáveres a los jefes municipales, del cual surge el flujo de manejo de cadáveres de pacientes COVID-19. Se adjunta flujo.</p>
<p><b>SEDES POTOSÍ</b></p>	<p>El protocolo de manejo de cadáveres se recibió por vía de WhatsApp en fecha 30 de abril.</p> <p>Previa a la llegada de ese documento, se realizaron las siguientes actividades.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitación in situ a personal del Cementerio General (Sepulteros) en normas de bioseguridad para realizar el entierro del primer cadáver por coronavirus en el departamento de Potosí.</li> <li>- Reunión de información y coordinación con las funerarias de la ciudad de Potosí en fecha 11 de abril de 2020.</li> </ul> <p>Después que nos compartió por vía WhatsApp el documento, se realizaron las siguientes actividades.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se compartió a todos los municipios a través de WhatsApp el protocolo de manejo cadáveres y otros documentos.</li> <li>- Se participó en la reunión virtual a través de Telesalud donde se informó sobre el protocolo de manejo de cadáveres.</li> <li>- Se realizó talleres de capacitación con personal del área urbana en los mismos establecimientos de salud, donde se informó y se capacitó sobre la amplia gama de temáticas de salud ambiental, entre esas el protocolo de manejo de cadáveres.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sociabilización del Protocolo de Manejo de Cadáveres en el municipio de Betanzos, en fecha 15 de julio de 2020.</li> <li>- Taller de capacitación de manejo de cadáveres, en fecha 01 de agosto de 2020.</li> <li>- La cuarentena total a nivel departamental y las restricciones que acompañan a dicha resolución evitaron tener talleres presenciales, acuerdos y de calidad al personal de los 40 municipios.</li> </ul>
<b>SEDES CHUQUISACA</b>	<p>De acuerdo con el Informe con CITE: A.HOSP.SCH 40/2020</p> <p>Adjuntan dos informes técnicos de capacitación 1) capacitación presencial y 2) capacitación virtual.</p> <p>Participaron 17 empresas funerarias, asimismo; se capacitó al personal asignado de los hospitales, el IDIF y del Gobierno Autónomo Municipal de Sucre.</p>
<b>SEDES TARIJA</b>	<p>Presentan dos planillas de registro de 22 personas que fueron capacitadas en el manejo de cadáveres, actividad realizada en el Palacio de los Deportes del municipio de Cercado en fecha 27 de abril de 2020.</p>
<b>SEDES SANTA CRUZ</b>	<p>Se realizó en primer lugar la coordinación con el IDIF (Instituto de Investigaciones Forenses), bajo la Dirección del IDIF, con el Comando Departamental de la Policía de Santa Cruz, Inspector Departamental de la Policía, Director Departamental de la FELCC Santa Cruz, División Homicidios, Director de Bomberos, Gobierno Autónomo Municipal, Director Municipal de Cementerios, Asociación de Funerarias del Municipio de Santa Cruz y Apoyo Civil para logística de los becarios Bolivia.</p> <p>Las capacitaciones a las funerarias y entidades involucradas se las realizó las siguientes fechas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) El 24-04-2020 en el COED Santa Cruz, primera reunión de coordinación y las competencias correspondientes para el Manejo y Protocolo de Cadáveres con COVID-19 (Levantamiento de cadáveres, en domicilio, vía pública e instituciones).</li> <li>b) El 27.05.2020 en el COED Santa Cruz, reunión de coordinación con Asociación de Funerarias del Municipio de Santa Cruz (Manejo, traslado y disposición final del cadáver con COVID-19)</li> <li>c) El 09.06.2020 en el COED Santa Cruz, 2da.reunión de coordinación y las competencias correspondientes para el manejo y protocolo de cadáveres con COVID-19 (Levantamiento de cadáveres: En domicilio, vía pública e instituciones).</li> <li>d) El 22.07.2020 en el COED Santa Cruz, reunión de Manejo y Protocolo de Cadáveres con COVID-19 con las Asociaciones de Funerarias de Santa Cruz, la FELCC Santa Cruz y Gobierno Autónomo Municipal, Dirección de Cementerios.</li> </ol> <p>A las capacitaciones, reunión, coordinación, en las diferentes fechas asistieron las siguientes funerarias (Asociación de Funerarias Unidas – ASOFU y Asociación de Funerarias Santa Cruz – ASUSC, ASIVC) y Entidades involucradas. Acompañan un Listado de nueve asociaciones de funerarias y 17 entidades involucradas con sus respectivos responsables. Asimismo, adjunta un listado de asistencia a las diferentes reuniones de capacitación, lista de asociación de funerarias y otros en fojas 26, respectivamente.</p>
	<p>El Sedes, en coordinación con el municipio, la seguridad Social y las dos funerarias de Trinidad, con el objeto de precautelar al personal de las funerarias que tiene un personal reducido, se conformó un equipo de cuatro personas quienes se encargan del manejo, embolsado y disposición de cadáveres COVID-19, en este entendido las funerarias sólo se encargan del traslado del ataúd hasta la puerta del cementerio COVID-19, donde se hace cargo el personal del municipio para el entierro correspondiente</p> <p>En este entendido, se realizó la capacitación a este equipo de cuatro personas en el colocado y retiro de EPP (Equipo de Protección Personal), embolsado, desinfección y manejo de fallecidos por COVID-19 (se adjunta planilla de capacitación)</p>

<b>SEDES BENI</b>	<p>.Por otro lado, se realizó capacitación al personal de salud (Equipo de respuesta rápida) en el manejo de EPP (Equipo de Protección Personal) y manejo de pacientes con COVID-19 y fallecidos por COVID-19, para que los mismos realicen réplica en sus respectivos lugares de trabajo (Se adjunta planilla de capacitación).</p> <p>También debo informar que en fecha 13 de abril de 2020, se envió vía digital la Guía de Procedimientos para el Manejo y Disposición de Cadáveres en caso de COVID-19” a los diferentes municipios del departamento del Beni, (Se adjunta documentos recepcionados por los diferentes municipio).</p>
<b>SEDES PANDO</b>	<p>Mediante Cite. N°26 Programa Salud Ambiental y Desastres, el Responsable de Salud Ambiental y Desastres del SEDES Pando informa que se realizó la socialización de la Guía de Procedimiento para el Manejo y Disposición de Cadáveres de casos de COVID-19, versión mayo 2020, aprobado mediante resolución Ministerial N°0175 de fecha 30 de marzo de 2020, siendo socializada al Comité de Emergencias de Pando.</p> <p>Mediante el D.S. N° 4228 de fecha 28 de abril de 2020, el municipio de Cobija asume la responsabilidad del recojo y traslado y disposición final del cadáver por COVID-19, a través de aseo urbano, este servicio no tiene ningún costo económico.</p> <p>Esta guía se entregó a los siete directores de establecimientos de salud del municipio de Cobija y a los directores de los 14 municipios restantes de Pando, adjunta actas de entrega.</p>

Por su parte, la Defensoría del Pueblo solicitó información a los GAM de los municipios capitales a nivel nacional y a El Alto, para conocer las acciones de capacitación en cuanto al manejo, traslado y disposición final del cadáver, al respecto, de las notas de respuesta se obtuvo lo siguiente:

<b>GAM</b>	<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
<b>GAM EL ALTO</b>	<p>Informe la fecha de inicio de rastrillaje en el municipio y la cantidad de rastrillajes realizados, señalando las instancias con las que se coordinó.</p>	<p>El Gobierno Autónomo Municipal de El Alto, el Área de Cementerios Municipales en revisión de los informes y registros, no reporta ninguna solicitud de familiares que hubieren solicitado servicios funerarios y servicios mortuorios en razón de gratitud o de no contar con recursos económicos.</p>
	<p>Informe si se sobrepasó la capacidad de los cementerios municipales, y si se habrían habilitado fosas comunes en virtud al parágrafo III del artículo 5 del Decreto Supremo N° 4228 de 28 de abril de 2020.</p>	<p>El Área de Cementerios Municipales registraba antes de la pandemia entre seis a ocho entierros, en cambio en el pico más alto de la pandemia se tiene un promedio de 30 a 35 requerimientos diarios, ante el incremento de entierros se determinó desarrollar convenios con cementerios privados, esto para el entierro de cuerpos COVID-19, por tal motivo no se hubiere habilitado fosas comunes en virtud al parágrafo III del Art. 5 del Decreto Supremo N°. 4228 de 28 de abril de 2020. “...Queda prohibida la inhumación de los fallecidos por coronavirus (COVID-19) en fosas comunes, salvo que el número de fallecidos por la epidemia sobrepase la capacidad de los cementerios...”</p>
	<p>Informe qué acciones de control ha realizado sobre los costos de servicios funerarios y de cementerios brindados por privados desde el mes de marzo 2020 a la fecha.</p>	<p>Con relación a los costos de los servicios funerarios, que prestan las funerarias de la ciudad de El Alto, el Gobierno Municipal de El Alto y sus dependencias realizó operativos en coordinación con el Viceministro de Defensa de los Derechos del Usuario y del Consumidor, establecida en la Ley N°. 453.</p>
		<p>En el operativo, contó con la participación de la Viceministra de Defensa del consumidor, la Guardia Municipal, la Dirección de Recaudaciones, la Secretaría Municipal de Desarrollo Económico y la dirección de Servicios Municipales e Iniciativas Económicas.</p> <p>Como resultado, se solicitó que se publique la lista de precios de los ataúdes, en el caso de brindar los servicios funerarios lo propio, remarcando que no debe existir tarifas especulativas ni que afecten la economía de la población.</p>



		<p>Observando que las funerarias estuvieran brindando el servicio a costo accesible con la incorporación de las medidas de bioseguridad.</p> <p>En relación a los cementerios privados, el municipio de El Alto no cuenta con ninguno, el Cementerio Prados de Ventilla se encuentra bajo la jurisdicción del municipio de Achocalla, por lo cual no tiene ninguna competencia.</p>																																																								
<b>GAM TARIJA</b>	<p>Remita el reporte estadístico de casos de familiares de fallecidos por COVID-19 que hayan solicitado los servicios funerarios y de cementerios al GAM, en razón de no contar con los recursos económicos necesarios.</p>	<p><b>CUADRO DE SISTEMATIZACION Total 116</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nº</th> <th>Provincia</th> <th>M</th> <th>J</th> <th>J</th> <th>A</th> <th>S</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Cercado</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>66</td> <td>83</td> <td>33</td> <td>192</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Arce</td> <td></td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td>6</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>O Connor</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Méndez</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Uriondo</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Gran Chaco</td> <td></td> <td></td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	Nº	Provincia	M	J	J	A	S	Total	1	Cercado	3	7	66	83	33	192	2	Arce		1			6	7	3	O Connor				5		5	4	Méndez					1	1	5	Uriondo			1			1	6	Gran Chaco			2	3	5	10
	Nº	Provincia	M	J	J	A	S	Total																																																		
	1	Cercado	3	7	66	83	33	192																																																		
	2	Arce		1			6	7																																																		
3	O Connor				5		5																																																			
4	Méndez					1	1																																																			
5	Uriondo			1			1																																																			
6	Gran Chaco			2	3	5	10																																																			
<p>Informe si se sobrepasó la capacidad de los cementerios municipales, y si se habrían habilitado fosas comunes en virtud al parágrafo III del artículo 5 del Decreto Supremo N° 4228 de 28 de abril de 2020.</p>	<p>Por la capacidad del horno de cremación se pudieron cubrir con todos los servicios solicitados.</p>																																																									
<p>Informe qué acciones de control ha realizado sobre los costos de servicios funerarios y de cementerios brindados por privados desde el mes de marzo 2020 a la fecha.</p>	<p>La Secretaria Municipal de Desarrollo Humano no está dentro de las atribuciones y competencias regular los costos de empresas privadas que prestan los servicios de funerarias por y traslado de fallecidos por COVID-19.</p> <p>Sin embargo, la Secretaria Municipal de Desarrollo Humano al tener como dependencia el Cementerio General y el Crematorio Municipal, donde viene aplicando Normas y Políticas a favor de la población y ante la situación de contingencia presentada por el COVID-19, el municipio vio la necesidad de ampliar el servicio de cremación incluyendo el traslado y cremación de fallecidos por el COVID-19 de manera gratuita, cumpliendo con las normas y reglamentos de bioseguridad establecidos.</p>																																																									
<b>GAM BENI</b>	<p>Remita el reporte estadístico de casos de familiares de fallecidos por COVID-19 que hayan solicitado los servicios funerarios y de cementerios al GAM, en razón a no contar con los recursos económicos necesarios.</p>	<p>En respuesta a la presente pregunta, se adjuntan planillas de lo requerido.</p>																																																								
	<p>Informe si se sobrepasó la capacidad de los cementerios municipales, y si se habrían habilitado fosas comunes en virtud al parágrafo III del artículo 5 del Decreto Supremo N° 4228 de 28 de abril de 2020.</p>	<p>La habilitación del Cementerio COVID-19 en la ciudad de Trinidad fue planificada en coordinación con las diferentes secretarías municipales de nuestra institución, el cual en ningún momento fue sobrepasado en su capacidad.</p> <p>No hubo la necesidad de habilitar fosas comunes, las inhumaciones de cadáveres eran en fosas individuales; como lo establece la normativa vigente.</p>																																																								
	<p>Informe qué acciones de control ha realizado sobre los costos de servicios funerarios y de cementerios brindados por privados desde el mes de marzo 2020 a la fecha.</p>	<p>Ante la situación de afección del coronavirus al personal de nuestra institución y por las bajas en los diferentes funcionarios, fue difícil realizar un control específico, si se tuvo contantes visitas a los dos únicos proveedores de servicios funerarios, los cuales eran realizados con la emisión de factura. Éstos también fueron rebasados en su capacidad logística, ya que en el pico alto de la curva epidemiológica se tenían bastantes decesos, los cuales también fueron atendidos por el equipo del GAMT, de manera gratuita.</p>																																																								



<b>GAM PANDO</b>	Remita el reporte estadístico de casos de familiares de fallecidos por COVID-19, que hayan solicitado los servicios funerarios y de cementerios al GAM, en razón a no contar con los recursos económicos necesarios.	Conforme al informe emitido por el responsable del Cementerio COVID-19 del Gobierno Municipal de Cobija, el cementerio empezó a funcionar a partir 18 de abril de 2020, queda ubicado a 24 km. de la ciudad de Cobija, ubicado en la Comunidad Nuevo Triunfo y se ha dotado con seis recursos humanos para el recojo y entierro de los fallecidos por COVID-19. En su lista de registro, figura 169 fallecidos, con respaldo de actas de defunción y listas generales otorgadas por instituciones correspondientes.  Pero en el cementerio, existen 184 personas enterradas. Faltan 15 actas. Todo traslado y sepultura de los fallecidos COVID-19 y sospecha son gratuitos.
	Informe si se sobrepasó la capacidad de los cementerios municipales, y si se habrían habilitado fosas comunes en virtud al parágrafo III del artículo 5 del Decreto Supremo N° 4228 de 28 de abril de 2020.	El cementerio COVID-19, del Gobierno Autónomo Municipal de Cobija, no sobrepasó la capacidad, son ocho hectáreas de terreno destinado para ello, a la fecha se utilizó una hectárea, las fosas son individuales para cada fallecido.
	Informe qué acciones de control ha realizado sobre los costos de servicios funerarios y de cementerios brindados por privados desde el mes de marzo 2020 a la fecha.	No se realizaron acciones de control sobre costos de servicios funerarios a los cementerios privados.  En esta pandemia, el municipio de Cobija se hizo cargo del recojo y entierro de las personas fallecidas por COVID-19 de forma gratuita.

Bajo ese contexto, el Estado dispuso el procedimiento para el manejo y disposición de cadáveres de casos COVID-19, además en marzo se registró el primer fallecido a causa de esta pandemia, por lo que de la revisión de medios de prensa se obtiene que ante falta de lineamiento del Gobierno, funerarias usaban protocolos de otros países para el manejo de muertos por COVID-19, toda vez que aún no se emitía la guía a nivel nacional.<sup>397</sup>

Igualmente ante el desconocimiento y temor por parte de la población en general, se registró en el Plan 3.000 de Santa Cruz, vecinos impidieron entierros de fallecidos por COVID-19, argumentando que no cumplía condiciones, motivo por el cual muchas personas tuvieron que "peregrinar" con los ataúdes de sus seres queridos, optando por crematorios.<sup>398</sup>

Según los reportes de prensa, la capacitación a personal de los servicios funerarios se realizó en el mes de abril cuando autoridades de salud y el Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF) en el departamento de La Paz realizaron capacitación para funerarias debiendo mantener estrictas normas de bioseguridad.<sup>399</sup>

De igual manera, se hizo conocer un reclamo por parte del presidente de la Asociación de Funerarias. Refirió que las autoridades estatales y municipales del área no les dotaron de elementos de bioseguridad y no llegaron a acuerdos para descuentos por cremaciones.<sup>400</sup>

<sup>397</sup> <https://urgente.bo/noticia/funerarias-usan-protocolos-de-otros-pa%C3%ADses-para-el-manejo-de-muertos-por-COVID-19-19-en-bolivia>

<sup>398</sup> [https://correodelsur.com/sociedad/20200331\\_santa-cruz-la-familia-de-una-mujer-que-murio-por-COVID-19-19-peregrinacion-el-cuerpo-para-enterrarla.html](https://correodelsur.com/sociedad/20200331_santa-cruz-la-familia-de-una-mujer-que-murio-por-COVID-19-19-peregrinacion-el-cuerpo-para-enterrarla.html)

<sup>399</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/pais/funerarias-paz-capacitan-recibir-cadaveres-Coronavirus/20200418222643762931.html>

<sup>400</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/pais/funerarias-paz-capacitan-recibir-cadaveres-Coronavirus/20200418222643762931.html>

Ante el inminente incremento de contagios, la cantidad de decesos fue en aumento, el manejo y disposición de cadáveres por COVID-19 motivó a varios municipios a optar por otras alternativas ante el incremento de fallecidos, entre ellos el departamento del Beni que abrió un cementerio COVID-19, el cual se encuentra a ocho kilómetros de Trinidad y es una explanada en medio de la vegetación tropical, donde se cavan fosas con tractores y se colocan cruces de madera.<sup>401</sup> Este tipo de “cementérios” serían exclusivos para personas que fallezcan por COVID-19.

El incremento de muertes y el colapso se repetía a nivel nacional, por ejemplo en el departamento de Cochabamba se registró el colapso del Cementerio Municipal, además que los trabajadores del referido cementerio se declararon en emergencia y pidieron que les hagan pruebas rápidas, ante la muerte de uno de sus compañeros<sup>402</sup>, y al no encontrar “espacios” en estos cementérios, familiares de los fallecidos tuvieron que bloquear las calles con los ataúdes, solicitando ayuda a las autoridades ante este colapso.<sup>403</sup> Entidades como colegios médicos, el Servicio Departamental de Salud y la Asociación de Funerarias continuaron sus denuncias sobre el colapso y el registro de cadáveres en casas, barrios y otros sitios.<sup>404</sup>

Igualmente, se conocieron relatos desgarradores, uno de ellos se registró en Oruro, donde en julio, ante un presunto abandono de 30 cuerpos fallecidos por COVID-19 en dependencias de la morgue del Hospital Obrero de la CNS, éstos habrían sido trasladados en coordinación de la Alcaldía municipal a una fosa común,<sup>405</sup> ante el reclamo de los familiares quienes no obtenían respuesta de la ubicación exacta de dónde se encontrarían los cadáveres de sus familiares, y recién en agosto lograron exhumar a estos cadáveres, esta actividad fue realizada por instrucción directa de autoridades del Ministerio Público y de la Alcaldía municipal.<sup>406</sup>

De igual manera, ante el colapso de cementérios y los servicios de cremación públicos, se registraron inusuales ofertas de servicios. En el municipio paceño, se ofertaban hornos crematorios móviles, éstos tendrían la característica de ser autosuficientes y se autolimpiarían después de su uso.<sup>407</sup> Por su parte, la Alcaldía Municipal de La Paz señaló que se encontraba analizando la posibilidad de adquirir un “crematorio portátil”, siempre y cuando cumpla con estándares medioambientales, de calidad y seguridad, esto ante el colapso de los servicios de entierro y funerarios.<sup>408</sup>

La elevada demanda de los servicios funerarios provocó que se eleve el precio, en ese sentido se evidenció que el costo del traslado, la cremación y el entierro de personas que perdieron la vida a causa de COVID-19 o fallecieron con síntomas de la enfermedad cuesta desde los 500 hasta los 1.000 dólares. Sin embargo, cada departamento presentó peculiaridades, por ejemplo

<sup>401</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/pais/drama-beni-regiones-mas-golpeadas-COVID-19-19-bolivia/20200526102539769627.html>

<sup>402</sup> <https://www.lavanguardia.com/internacional/20200701/482048710930/fallecidos-Coronavirus-colapsan-cementerios-cochabamba-bolivia.html>

<sup>403</sup> [https://amp.france24.com/es/20200705-bolivia-cochabamba-colapso-funerario-COVID-19#referrer=https://www.google.com&aoh=15995176841699&amp\\_tf=De%20%251%24s](https://amp.france24.com/es/20200705-bolivia-cochabamba-colapso-funerario-COVID-19#referrer=https://www.google.com&aoh=15995176841699&amp_tf=De%20%251%24s)

<sup>404</sup> <https://www.elpais.cr/2020/07/02/pronostico-de-catastrofe-sanitaria-se-cumple-en-urbes-de-bolivia/>

<sup>405</sup> [https://correodelsur.com/sociedad/20200728\\_oruro-30-cadaveres-fueron-enterrados-en-una-fosa-comun.html](https://correodelsur.com/sociedad/20200728_oruro-30-cadaveres-fueron-enterrados-en-una-fosa-comun.html)

<sup>406</sup> <https://www.radiofides.com/es/2020/08/27/culmino-la-exhumacion-de-cadaveres-en-la-fosa-comun-de-cochiraya-oruro/>

<sup>407</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/7/30/en-la-paz-empresas-fabrican-hornos-crematorios-moviles-262890.html>

<sup>408</sup> [https://www.eldiario.es/internacional/crematorio-movil-propuesta-bolivia-colapso-servicios-funerarios-COVID-19-19\\_1\\_6162244.html](https://www.eldiario.es/internacional/crematorio-movil-propuesta-bolivia-colapso-servicios-funerarios-COVID-19-19_1_6162244.html)

en el Cementerio General de La Paz, solamente para guardar cenizas, el costo de estos nichos ascendía hasta Bs1.600. En Santa Cruz, los hornos crematorios privados cobraban 1.000 dólares por el servicio, además se tendría que aumentar únicamente Bs 500 por servicios funerarios, esto debido a un convenio con los referidos servicios. En Cochabamba la Alcaldía sancionó una Ley municipal de gratuidad de servicios de cremación; sin embargo esto sólo se realizaba a casos positivos, los decesos “sospechosos” tendrían que pagar Bs 1.004 Bolivianos, pero paradójicamente el costo del cenizario tendría el mismo costo que de la cremación, las funerarias cobraban hasta Bs 3.000 por sus servicios. Finalmente en Beni, autoridades locales de Trinidad y Guayaramerín entregaban ataúdes gratis a familiares de fallecidos de escasos recursos. En esas regiones, los servicios funerarios cobraban Bs 800.<sup>409</sup> Posteriormente, imitando la acción de Beni, la Alcaldía cruceña contrató una empresa que elaboraba cajones para empacar fruta y por la necesidad se dedican exclusivamente a fabricar ataúdes ecológicos de cartón para que se entregue gratuitamente a las familias más necesitadas para despedir a sus difuntos.<sup>410</sup>

Finalmente, durante julio, en el departamento de Cochabamba, las empresas funerarias se declararon en emergencia en rechazo a la propuesta de entierros solidarios, propuesto por la Alcaldía de Cercado, alegando que no se tenía certeza si este gobierno municipal pagaría por los servicios que hasta en ese momento costaba 4.000 Bolivianos.<sup>411</sup>

El manejo y disposición de cadáveres por COVID-19 varió en cada ETA; sin embargo, el factor común a nivel nacional fue que no se tomó la previsión suficiente para poder garantizar el servicio funerario para los familiares de las personas fallecidas en el país, toda vez que se registraron colapsos e incrementos excesivos en los precios de estos servicios.

En ese contexto, se registró los servicios de entierros, entre entierros en los cementerios generales, cementerios específicos COVID-19 y hasta en Fosas Comunes, en cambio en cuanto a las cremaciones, éstas fueron ofertadas en cementerios públicos y por parte de privados, inclusive se registraron “cremaciones móviles”.

Para comprender la magnitud del incremento de fallecidos, se debe considerar los reportes epidemiológicos que realizó el Ministerio de Salud, tomando en cuenta que el primer reporte de una persona fallecida por COVID-19 la dieron a conocer los Ministros de Salud y Presidencia el 29 de marzo, se trataba de una mujer de 78 años de edad, residente en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.<sup>412</sup> Finalizando el mes, se reportó que el número de personas fallecidas ascendió a seis.<sup>413</sup> Durante abril, el Ministerio de Salud, a través del Reporte Epidemiológico N° 47, informó que la cantidad de fallecidos por COVID-19 ascendió hasta 66<sup>414</sup>; en el mes de mayo, a través del

<sup>409</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/6/12/entierros-por-COVID-19-19-cuestan-de-500-1000-dolares-en-ciudades-capitales-258230.html>

<sup>410</sup> <https://www.lavanguardia.com/internacional/20200716/482335919998/santa-cruz-bolivia-ataudes-carton-entierro-pobres-pandemia.html>

<sup>411</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/cochabamba/20200711/funerarias-condicionan-entierros-solidarios-pruebas-COVID-19-19>

<sup>412</sup> <https://www.minsalud.gob.bo/4012-una-mujer-de-78-anos-es-la-primera-victima-del-Coronavirus-en-el-pais-ministro-de-salud>

<sup>413</sup> <https://www.minsalud.gob.bo/4017-suben-a-107-los-casos-de-COVID-19-19-en-el-pais-seis-pacientes-perecen-a-secuencia-del-virus>

<sup>414</sup> <https://www.minsalud.gob.bo/4120-reporte-COVID-19-0501>

Reporte Epidemiológico N° 77, se informó que la cantidad de fallecidos por COVID-19 ascendió hasta 313.<sup>415</sup> En junio, mediante Reporte Epidemiológico N° 107, se informó que la cantidad de fallecidos por COVID-19 ascendió hasta 1.123.<sup>416</sup>

En julio, en los días 15 a 20, la Policía Boliviana recogió más de 400 cadáveres en varias ciudades del país. En más del 80 por ciento de los casos se determinó como causa de muerte COVID-19.<sup>417</sup> La Alcaldía municipal de La Paz reportó que en el principal cementerio se realizó más de 2.000 entierros y cremaciones, un número altísimo si se lo compara con el promedio mensual normal de 500.<sup>418</sup> Por su parte, la (CIDH) emitió una alerta por las “dificultades reportadas” por familiares de las personas fallecidas para inhumar los restos mortales, ante negativas de algunos cementerios y la falta de recursos económicos para sufragar los gastos funerarios, además reiteró las recomendaciones de su Resolución. 1/20 (Pandemia Y Derechos Humanos En Las Américas), instando al Estado a garantizar el acceso a las inhumaciones y atención funeraria.<sup>419</sup> Finalizando el mes, el Ministerio de Salud, a través del Reporte Epidemiológico N° 138, informó que la cantidad de fallecidos por COVID-19 ascendió hasta 2.977.<sup>420</sup> Finalmente en el mes de agosto, a través del reporte epidemiológico N° 169, se informó que la cantidad de fallecidos por COVID-19 ascendió hasta 5.027.<sup>421</sup>

En septiembre, se reportó un aumento inusual en los reportes epidemiológicos a nivel nacional. En el reporte N° 174 correspondiente al 5 de septiembre de 2020<sup>422</sup>, se consignó un total de decesos acumulados a nivel nacional de 5.398 y el reporte N° 175 del 6 de septiembre de 2020 <sup>423</sup> detallaba un incremento de 40 muertes a nivel nacional, debiendo reportar un total acumulado de 5.438; sin embargo, el total publicado asciende a 7.008, lo que significa un incremento de 1.570 fallecidos. Por lo que, la información publicada refleja un incremento inconsistente, desmedido e injustificado de cantidad de personas fallecidas y denota una evidente falta de transparencia en la información brindada por los boletines oficiales por parte del Ministerio de Salud. Al respecto el Ministerio de Salud, a través de la nota MS/DPCH/CE/1376/2020 con fecha de recepción de 2 de octubre de 2020 remite el informe interno MS/VMSyP/DGSS/UE/II/58/2020 elaborado por la Dirección General de Epidemiología, en la que refieren que el Reporte Epidemiológico del COVID-19 se socializa diariamente e ininterrumpida desde la notificación de primeros casos en el país y que el 6 de septiembre el Sedes de Santa Cruz reportó 23 fallecidos y “actualizó” 1.570 fallecidos que corresponderían a fechas anteriores, esta información fue “recuperada luego de realizar una investigación en la ciudad y

<sup>415</sup> <https://www.minsalud.gob.bo/4237-bolivia-registra-390-nuevos-contagios-de-Coronavirus-y-el-acumulado-llega-a-9-982>

<sup>416</sup> <https://www.minsalud.gob.bo/4353-bolivia-reporta-1-094-nuevos-contagios-de-Coronavirus-y-52-fallecidos-al-terminar-junio>

<sup>417</sup> <https://www.dw.com/es/crece-preocupaci%C3%B3n-en-bolivia-por-muertos-en-las-calles-y-por-tratamientos-alternativos/a-54300499>

<sup>418</sup> [https://www.eldiario.es/internacional/crematorio-movil-propuesta-bolivia-colapso-servicios-funerarios-COVID-19-19\\_1\\_6162244.html](https://www.eldiario.es/internacional/crematorio-movil-propuesta-bolivia-colapso-servicios-funerarios-COVID-19-19_1_6162244.html)

<sup>419</sup> <https://www.la-razon.com/sociedad/2020/07/10/la-cidh-insta-a-garantizar-la-atencion-funeraria-a-personas-fallecidas-en-las-calles/>

<sup>420</sup> <https://www.minsalud.gob.bo/4461-bolivia-acumula-76-789-contagios-y-2-977-fallecidos-con-Coronavirus-hasta-en-mes-de-julio>

<sup>421</sup> <https://www.minsalud.gob.bo/4568-bolivia-acumula-60-408-pacientes-recuperados-de-COVID-19-19-y-los-casos-positivos-llegan-a-116-598>

<sup>422</sup> <https://www.minsalud.gob.bo/4588-con-661-nuevos-contagios-bolivia-acumula-120-241-casos-de-COVID-19-20>

<sup>423</sup> <https://www.minsalud.gob.bo/4589-ministerio-de-salud-reporta-528-contagios-nuevos-de-COVID-19-19-y-el-total-sube-a-120-769>

las provincias del departamento, con lo cual el acumulado total del departamento asciende a 3.527 decesos". Además, refiere que esa información a cargo del Sedes de ese departamento habría sido "considerada" por el Ministerio de Salud, toda vez que en los meses de junio y julio los establecimientos de salud fueron rebasados y el flujo de información fue afectado.

También se debe considerar que el portal The New York Times realizó una investigación publicada el 22 de agosto, respecto a la cantidad de fallecidos, al respecto señaló: "Las nuevas cifras de mortalidad revisadas (...) sugieren que el número real de muertes durante el brote es casi cinco veces mayor que la cifra oficial, lo que indica que Bolivia ha sufrido una de las peores epidemias del mundo. El extraordinario aumento de la mortalidad, ajustado en función de su población, es más del doble que el de Estados Unidos, y muy superior a los niveles de Italia, España y el Reino Unido (...)". Desde junio han muerto unas 20.000 personas más que en años anteriores, según un análisis del Times de los datos del Registro Civil de Bolivia, una cifra enorme en un país de solo unos 11 millones de habitantes. El seguimiento de las muertes (por todas las causas) da una imagen más exacta del verdadero número de víctimas de la pandemia, según los demógrafos, porque no depende de la realización de pruebas, que ha sido muy limitada en Bolivia. Las cifras de mortalidad incluyen a las personas que pueden haber muerto por COVID-19 y por otras causas, porque no pudieron recibir atención médica.<sup>424</sup>

En virtud a esta investigación, más lo detallado en los reportes epidemiológicos y lo evidenciado en los medios de prensa se advierte que no se implementó y socializó la Guía de Procedimientos para el Manejo y Disposición de Cadáveres de casos de COVID-19, además, fue discrecional en los diferentes ETA's y no hubo un lineamiento por parte del Gobierno Central; asimismo, el inusual incremento de la cantidad de fallecidos en los reportes nacionales reporte N° 174 y N° 175, denotaría falta de control sobre el registro de la cantidad total de fallecidos a nivel nacional, sumando a esto el posible subregistro de fallecidos.

## **CORRUPCIÓN EN LA PANDEMIA**

El Órgano Ejecutivo del Nivel Central del Estado, mediante Decreto Supremo N° 4174 de 5 de marzo, autorizó al Ministerio de Salud, a las entidades territoriales autónomas y a las entidades de la Seguridad Social de Corto Plazo, de manera excepcional, efectuar la contratación directa de medicamentos, dispositivos médicos, insumos, reactivos, equipamiento médico y servicios de consultoría de personal en salud, para la prevención, control y atención del COVID-19. En tanto que mediante Decreto Supremo N° 4201, de fecha 25 de marzo de 2020, asignó funciones a la Central de Abastecimientos y Suministros de Salud (CEASS) y estableció procedimientos y mecanismos menos morosos para la adquisición de medicamentos, dispositivos médicos, insumos, reactivos, equipamiento médico y servicios de consultoría de personal en salud, para el periodo de implementación de las acciones y medidas de vigilancia epidemiológica, prevención, contención, diagnóstico, atención y tratamiento de la enfermedad del COVID-19, dentro del territorio nacional. Por Decreto Supremo N° 4205, de fecha 01 de abril de 2020, dispuso entre otras medidas que el Ministerio de Salud, podrá coadyuvar en el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud realizando la adquisición de equipos de bioseguridad, medicamentos,

<sup>424</sup> <https://www.nytimes.com/es/2020/08/22/espanol/america-latina/bolivia-Coronavirus.html>

insumos, reactivos, otros suministros y contratación de recursos humanos. Mientras dure la emergencia sanitaria nacional por el COVID-19, estableció que las adquisiciones realizadas serán coordinadas e informadas al Ministerio de Salud, a fin de garantizar la oportunidad, pertinencia, eficacia y eficiencia, así como evitar la duplicidad dentro del Sistema Nacional de Salud.

En cuanto a la AISEM, en tanto dure la declaratoria de emergencia sanitaria nacional, se encuentra legalmente facultada para gestionar y/o adquirir reactivos e insumos, medicamentos, dispositivos médicos consumibles, repuestos para el mantenimiento del equipo médico y contratar recursos humanos.

En este contexto, el Gobierno Central de Bolivia adquirió 170 respiradores españoles de la marca RESPIRA durante el mes de mayo de 2020, los cuales, desde su llegada generaron controversias respecto a su uso y particularmente respecto al precio de compra. Así se suscitaron informaciones que develaban observaciones financieras que tomaron como parámetro de comparación los precios de los equipos ofertados por empresas nacionales. El Ministerio de Salud informó, a través de un comunicado oficial, que el precio unitario de los 170 respiradores españoles de la marca RESPIRA es de 27.683 dólares y que las gestiones se realizaron a través del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), cumpliendo los procedimientos de evaluación y adjudicación directa para la atención de la emergencia sanitaria.<sup>425</sup> Refirieron que los equipos pueden ser utilizados en un segmento importante de la población o en municipios que carecen de servicios de terapia intensiva y, a partir de una capacitación con especialistas, el personal médico podrá utilizarlos para salvar la vida de pacientes, hasta que sean transferidos a un hospital de tercer nivel y conectados a respiradores convencionales con la intervención de un médico intensivista.<sup>426</sup> Las posibles irregularidades fueron objeto de censura pública y trajo consigo el inicio de acciones investigativas y legales, así se conoció la presentación de una denuncia penal por el diputado del Movimiento Al Socialismo (MAS), Franklin Flores, contra el Ministro de Salud, Marcelo Navajas, por las irregularidades en la compra de 170 respiradores para enfrentar el coronavirus, y señaló que: “El ministro tiene que constituirse a la Fiscalía para aclarar y declarar sobre los hechos irregulares que se están suscitando en el país, robo, saqueo al Estado, engaño, atentado a la salud y la vida. Ya nosotros el día de ayer hemos presentado una denuncia penal en contra del ministro por incumplimiento de deberes, encubrimiento y atentado a la vida y a la salud”. La compra de 170 respiradores por 4,7 millones de dólares está rodeada de, al menos, cinco irregularidades, que van desde el precio de los equipos hasta la funcionalidad de los mismos, develaron diversas fuentes<sup>427</sup>. Sin perjuicio de aquello y toda vez que el caso incide en una directa afectación al derecho fundamental a la salud, la Defensoría del Pueblo solicitó al Contralor General del Estado inicie las acciones de supervisión como facultad constitucional privativa de la CGE y regulada en el marco del Procedimiento para el Tratamiento de Denuncias o Solicitud de Auditorías, PE/CE -084, aprobado mediante

<sup>425</sup> <https://www.opinion.com.bo/articulo/pais/medio-dudas-eficiencia-precio-gobierno-dice-pago-us-27-mil-cada-respirador/20200518015043768153.html>

<sup>426</sup> [https://www1.abi.bo/abi\\_/?i=450016](https://www1.abi.bo/abi_/?i=450016)

<sup>427</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20200520/presentan-denuncia-penal-contra-ministro-navajas-caso-respiradores>



Resolución N° CGE/070/2017, de 17 de agosto de 2017. Además de la solicitud referida, en cumplimiento las disposiciones contenidas en el Código de Procedimiento Penal, se hizo conocer sobre estos hechos posiblemente ilícitos a la Fiscalía General del Estado.

Posteriormente, se tuvo conocimiento de otra denuncia de supuesto sobreprecio, esta vez respecto a la adquisición de insumos médicos por parte de la Caja Nacional de Salud, denuncia sustentada y promovida por la Federación Nacional de Trabajadores de la Caja Nacional de Salud (Fensegural) y la Central Obrera Boliviana (COB), entidades que denunciaron una presunta compra de insumos médicos con sobreprecio y daño económico al Estado: "Hemos tomado conocimiento de denuncias sobre supuestos hechos de corrupción dentro de la CNS. Existiría un sobreprecio en la compra de insumos y equipamiento médico de Bs 3.647.458,18, por la adquisición de insumos médicos para bioseguridad con sobreprecio", manifestó el secretario de Organización de Fensegural. Para graficar la denuncia hecha pública, dijo que, por ejemplo, los ejecutivos y administrativos de la CNS han adquirido barbijos por la suma de Bs 10,35 cada uno, cuando su costo oscila entre Bs 1,5 y Bs 3. Sobre batas descartables, en el contrato anterior se tenía firmado el valor unitario de Bs 34. Pero ahora, llega a Bs. 58,52 cada una<sup>428</sup>. Sin perjuicio de aquello y toda vez que el caso incide en una directa afectación al derecho fundamental a la salud, la Defensoría del Pueblo solicitó al Contralor General del Estado inicie las acciones de supervisión como facultad constitucional privativa de la CGE y regulada en el marco del Procedimiento para el Tratamiento de Denuncias o Solicitud de Auditorias, PE/CE -084, aprobado mediante Resolución N° CGE/070/2017, de 17 de agosto de 2017.

Durante el periodo de la cuarentena, se suscitó una nueva denuncia respecto a la adquisición de insumos médicos y equipos de bioseguridad con un aparente exagerado sobreprecio: "(...) Nadie ha explicado por qué el Ministerio de Energía y Electricidad debía adquirir ventiladores que se usan en hospitales para tratar a pacientes con COVID-19 y otros problemas respiratorios, el titular de Energía, Rodrigo Guzmán afirmó simplemente que el 19 de mayo, la orden de compra se cae a solicitud de la empresa vendedora y los 400.000 dólares que estaban destinados para esa compra están totalmente intactos; sin embargo, el empresario y piloto dueño de la firma Chaix Air, contratada para el frustrado traslado del material desde China, afirmó que fue el ministerio boliviano el que canceló la compra para eliminar el posible escándalo(...). (...)El Ministerio de Energía se preocupa por la compra con supuesto sobreprecio de los productos de bioseguridad y ordena cancelar la autorización de llegada del vuelo de manera abrupta, declaró(...)<sup>429</sup>". De igual manera, toda vez que el caso incide en una directa afectación al derecho fundamental a la salud, la Defensoría del Pueblo solicitó al Contralor General del Estado inicie las acciones de supervisión como facultad constitucional privativa de la CGE y regulada en el marco del Procedimiento para el Tratamiento de Denuncias o Solicitud de Auditorias, PE/CE -084, aprobado mediante Resolución N° CGE/070/2017, de 17 de agosto de 2017, además de la solicitud referida en cumplimiento de las disposiciones contenidas en el Código de Procedimiento Penal se hizo conocer sobre estos hechos posiblemente ilícitos a la Fiscalía General del Estado.

<sup>428</sup> [https://eldeber.com.bo/pais/trabajadores-denuncian-sobreprecio-en-compra-de-insumos-medicos-en-la-caja-nacional-de-salud\\_180933](https://eldeber.com.bo/pais/trabajadores-denuncian-sobreprecio-en-compra-de-insumos-medicos-en-la-caja-nacional-de-salud_180933)

<sup>429</sup> <https://www.infobae.com/america/agencias/2020/06/26/crecen-sospechas-de-sobreprecios-en-compras-de-insumos-para-Coronavirus-en-bolivia/>



En esta misma suerte de seguidilla de llamativos casos de adquisiciones con presuntos sobreprecios por parte del gobierno del nivel central del Estado, surgió una nueva denuncia esta vez en contra de la AISEM, en el proceso de adquisición de 672.000 pruebas PCR para detectar el coronavirus COVID-19, por un monto de Bs 25 millones, más que el ofrecido por un laboratorio de Uruguay<sup>430</sup>; ante la denuncia pública así como por la evidencia manifiesta, la Ministra de Salud al emitir un comunicado público en fecha 15 de agosto de 2020, hizo conocer el inicio de una averiguación pormenorizada, así como la suspensión de la licitación pública y por tanto la suspensión de la adquisición de pruebas<sup>431</sup>. En este contexto, ante el conocimiento de un hecho presuntamente delictivo, en el marco de las normas que regulan el actuar del procedimiento administrativo y ante la posible afectación directa al derecho a la salud, la Defensoría del Pueblo solicitó al Contralor General del Estado inicie las acciones de supervisión como facultad constitucional privativa de la CGE y regulada en el marco del Procedimiento para el Tratamiento de Denuncias o Solicitud de Auditorías, PE/CE -084, aprobado mediante Resolución N° CGE/070/2017, de 17 de agosto de 2017, además de la solicitud referida, en cumplimiento a las disposiciones contenidas en el Código de Procedimiento Penal, se hizo conocer sobre estos hechos posiblemente ilícitos a la Fiscalía General del Estado<sup>432</sup>.

Finalmente, entre los casos de supuesta corrupción que se suscitaron dentro del periodo de la pandemia y particularmente en tiempo de cuarentena rígida y que de ser ciertos y comprobados afectarían directamente el derecho fundamental a la salud de la población, se encuentra el escándalo de la compra de 324 respiradores de procedencia china con un sobre avalúo de al menos 6 millones de dólares. Así, señalan los medios de prensa de manera clara, que el Gobierno boliviano, a través de un intermediario nacional, pagó casi 30.000 dólares por cada uno de los equipos, cuando —de acuerdo con una cotización de la misma empresa— estos respiradores tienen un costo unitario de 8.900 dólares, denunció el portal de noticias Detrás de la Verdad, con base en la información a la que accedió<sup>433</sup>. En este contexto, ante el conocimiento de un hecho presuntamente delictivo, en el marco de las normas que regulan el actuar del procedimiento administrativo y ante la posible afectación directa al derecho a la salud la Defensoría del Pueblo solicitó al Contralor General del Estado inicie las acciones de supervisión como facultad constitucional privativa de la CGE y regulada en el marco del Procedimiento para el Tratamiento de Denuncias o Solicitud de Auditorías, PE/CE -084, aprobado mediante Resolución N° CGE/070/2017, de 17 de agosto de 2017. Además de la solicitud referida, en cumplimiento a las disposiciones contenidas en el Código de Procedimiento Penal, se hizo conocer sobre estos hechos posiblemente ilícitos a la Fiscalía General del Estado<sup>434</sup>.

Resulta importante entonces referir que la CIDH en el informe denominado “Corrupción y Derechos Humanos”, aprobado en fecha 6 de diciembre de 2019, señaló textualmente sobre corrupción y derechos humanos que “los Estados no pueden cumplir con sus obligaciones en

<sup>430</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20200816/justicia-determina-que-no-hubo-irregularidades-ni-sobreprecio-adquisicion>

<sup>431</sup> [https://elpais.bo/nacional/20200815\\_aisem-suspende-la-compra-de-reactivos-por-denuncia-de-sobreprecio.html](https://elpais.bo/nacional/20200815_aisem-suspende-la-compra-de-reactivos-por-denuncia-de-sobreprecio.html)

<sup>432</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20200815/defensoria-pide-contraloria-supervisar-posible-sobreprecio-test-pcr-aisem>

<sup>433</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/8/25/denuncian-que-gobierno-compro-324-respiradores-con-us-millones-de-sobreprecio-265707.html#!>

<sup>434</sup> <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20200815/defensoria-pide-contraloria-supervisar-posible-sobreprecio-test-pcr-aisem>

materia de derechos humanos cuando existe una corrupción extendida. Por el contrario, la privación de derechos como la alimentación, la salud, la vivienda y la educación son algunas de las terribles consecuencias que produce la corrupción en los países latinoamericanos. Además, la corrupción estimula la discriminación y agrava la situación socio-económica de las personas que viven en situación de pobreza o de exclusión y de discriminación histórica, impidiendo el ejercicio de sus derechos, tanto civiles y políticos como los DESC (…). (...) El área de la salud es uno de los servicios públicos donde se concentra parte importante de los casos de corrupción más graves en la región. El derecho a la salud, tal como lo ha señalado el Comité del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, tiene diversas dimensiones (disponibilidad, accesibilidad, aceptable y de buena calidad), y respecto de cada una de éstas la corrupción puede tener un gran impacto. Sólo a modo de ejemplo, se señalan algunas de estas afectaciones. Las prestaciones médicas, los servicios de salud, entre otros aspectos relevantes requieren altas inversiones de recursos públicos, por lo que ésta pasa a ser un área con múltiples posibilidades de que se den casos de corrupción. Asimismo, la corrupción mediante el desvío de recursos públicos imposibilita o dificulta que el Estado destine “el máximo de recursos disponibles” a esta área. “(...)De manera general la corrupción dentro del sector de la salud puede darse dentro de tres escenarios, la administración de los recursos públicos destinados para tales fines (asignaciones presupuestales, por ejemplo para la construcción de clínicas y hospitales); manejo y distribución de instalaciones, bienes (insumos, medicamentos, equipo médico) y servicios destinados a la atención de la salud; y la proveniente de la relación entre el personal sanitario y las y los pacientes; estos mismos supuestos pueden replicarse en el debilitamiento de la obligación de respetar y garantizar otros derechos sociales como la educación(...)”<sup>435</sup>.

El Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) calificó de “asesinato” los casos de corrupción en torno a los equipos de protección (EPI) utilizados en el marco de la pandemia de COVID-19, cualquier nivel de corrupción es inaceptable y cualquier tipo de corrupción es inaceptable; sin embargo, la corrupción relacionada con las EPI es para mí un asesinato.<sup>436</sup>

Los casos señalados previamente son hechos de presunta corrupción que tuvieron como factor esencial la posible afectación directa al derecho fundamental a la salud, el detalle realizado no es limitativo sino únicamente enunciativo y se circunscribe a los hechos relativos a la salud como derecho fundamental. Es importante considerar que ante los sucesivos procesos de contratación observados por la opinión pública, el propio Contralor General del Estado en fecha 25 de mayo anunció la realización de “auditorías a todos los contratos de adquisición de bienes para la atención de la emergencia sanitaria por el coronavirus”<sup>437</sup>.

Por su parte, las acciones penales que a la fecha se tramitan de acuerdo con el reporte comunicado por el Fiscal General del Estado, Juan Lanchipa Ponce, quien respondió al requerimiento presentado por la Defensoría del Pueblo, para el caso denominado Respiradores Chinos, refiere que a fecha 31 de agosto, la investigación se encontraría en etapa preliminar,

<sup>435</sup> <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/CorrupcionDDHHES.pdf>

<sup>436</sup> [https://correodelsur.com/mundo/20200821\\_jefe-de-oms-califica-de-asesinato-la-corrupcion-en-torno-a-equipamiento-contra-COVID-19-19.html](https://correodelsur.com/mundo/20200821_jefe-de-oms-califica-de-asesinato-la-corrupcion-en-torno-a-equipamiento-contra-COVID-19-19.html)

<sup>437</sup> <https://m.la-razon.com/nacional/2020/05/25/la-contraloria-investigara-todos-los-contratos-de-compra-de-bienes-contra-el-COVID-19-19/>

y los denunciados son María Eidy Roca de Sangüeza y Mohammed Mostajo Radji, los tipos penales, incumplimiento de deberes, contratos lesivos al Estado, negociaciones incompatibles con el ejercicio de las funciones públicas y conducta antieconómica(Caso: 201102012003234) Fiscalía Departamental de La Paz. Para el caso de Material de Bioseguridad, se tienen dos investigaciones abiertas en contra de Álvaro Guzmán Collao, Ministro de Energías, y otras, una en la Fiscalía Departamental de La Paz (Caso:201102012002200) y otra en la Fiscalía Departamental de Cochabamba (Caso: 301102001745), ambos en Etapa Preliminar y con solicitud de complementación de 60 días para proseguir investigaciones.

Por su parte, el Presidente de la Comisión de Educación y Salud de la Cámara de Diputados hizo conocer a la Defensoría del Pueblo que, en atención a la petición realizada para iniciar fiscalización al proceso de adquisición de respiradores, la Asamblea Legislativa Plurinacional conformó la Comisión Especial Mixta para la investigación respectiva que, a fecha de recepción de la referida comunicación, ésta se encontraba en curso. La referida investigación culminó con la elaboración del informe titulado “Campaña Política, Corrupción y Negociado con la Pandemia del coronavirus COVID-19”, la cual fue aprobada por el pleno de la Asamblea Legislativa Plurinacional en octubre de 2020. Este documento oficial refleja que se “se comprobó una flagrante corrupción en la compra de los respiradores”, adquiridos con sobreprecio, señaló el Senador Ciro Zabala quien integró la comisión especial de investigación: “(...) **Nunca encontramos dónde están los 170 equipos, sólo averiguamos que hay 75**”<sup>438</sup>.

Más allá de las responsabilidades y sanciones que puedan generar los procesos penales por la afectación al patrimonio del Estado, estos hechos implican el riesgo de vida y salud de la población boliviana, puesto que la compra de equipos e insumos con presunto sobreprecio ha impedido el acceso a una atención adecuada y oportuna de salud, en el contexto de la pandemia.

## II. TESTIMONIOS

### PERSONAL DE SALUD

#### TESTIMONIO N° 1 EL ALTO

Soy personal de salud, trabajo en el sector público, en el Hospital del Norte Centro COVID-19. Cuando inicié mi trabajo con respecto al equipo de protección personal, sí accedí a ellos para ingresar a las zonas rojas; sin embargo, este equipo siempre es reutilizable ya que la institución no cuenta con una cantidad suficiente.

Lo que es descartable tiene que reutilizarse y tener un proceso de desinfección para que vuelva a utilizarse, imagino que no hay muchos equipos de protección para el personal por el mismo hecho de que no hay gestión y tampoco hay la dotación respectiva por parte de las autoridades correspondientes.

<sup>438</sup> [https://correodelsur.com/seguridad/20201006\\_la-asamblea-aprueba-el-informe-final-del-caso-respiradores-y-lo-remite-al-ministerio-publico.html](https://correodelsur.com/seguridad/20201006_la-asamblea-aprueba-el-informe-final-del-caso-respiradores-y-lo-remite-al-ministerio-publico.html)

Con respecto a la escala salarial, en algún momento los salarios no estaban a la orden del día, sin embargo, como fui personal de contrato nos hicieron esperar. El responsable de los contratos nos mencionaba que tenemos que tener paciencia y que asuntos administrativos impedía que nuestros salarios se paguen en las fechas programadas.

Con respecto a la ayuda psicológica que podrían brindar al personal de salud en esta etapa, no recibí ningún tipo de ayuda psicológica, simplemente acudí a unos artículos para leer y de alguna manera orientarme en este caso, para de alguna manera aliviar el estrés, ya que emocionalmente es muy fuerte.

Solamente puedo decir a la población que tenemos que cuidarnos entre todos ya que esto aún no está pasando y que esta enfermedad aún seguirá con mucha afectación a más personas, entonces lo único es cuidarnos y no bajar la guardia con las medidas de bioseguridad.

## **TESTIMONIO N° 2**

### **ORURO**

Mi nombre es J.A.B.M., soy médico general, estoy en el área COVID como responsable del área de triaje del Centro de Salud Rafael Pabón. Entre las experiencias que tuvimos desde el momento que empezó la pandemia es que hubo una gran cantidad de pacientes que venían descompensados, por lo que se les dotaba de oxígeno, tratábamos de buscar un centro de aislamiento ya que en aquel entonces estaban saturados muchos centros y tratábamos acá de compensar aquello iniciando un tratamiento hasta encontrar un lugar donde poderlos aislar y tratarlos adecuadamente.

Sobre el equipo de bioseguridad, desde el momento que ingresamos a trabajar a este centro de salud, la Dirección siempre nos ha dotado del material necesario para poder estar más protegidos, siempre nos ha dotado de los materiales de seguridad, así como implementos para cada paciente que se atendía. Nos entregaban barbijos, guantes quirúrgicos, gorros, botas, overoles y batas para la atención. En caso de que tengamos pacientes críticos ya confirmados, nos dotaban de overoles para la atención de cada paciente, mascarillas faciales, gafas y protectores nasales o faciales.

Yo estoy trabajando a contrato por la Alcaldía, justamente entramos cuando se presentó aquella primera convocatoria para el área de COVID.

En cuanto a nuestros salarios, no nos están pagando de manera adecuada, siempre hubo un retraso de un mes o dos meses. Por ejemplo, de este mes no nos cancelaron, no lo hacen desde agosto, ni siquiera nos hicieron firmar el contrato hasta el momento. Por este retraso del pago de nuestros sueldos se reclamó con un grupo que tenemos conformado en el área de COVID y nos informaron

sobre la presentación de los informes que teníamos que hacer; se hizo reclamos de manera oportuna para que nos digan cuándo teníamos que firmar nuestro contrato o cuándo podían salir nuestros cheques de cancelación. Según lo último que presentamos a la Unidad de Salud, nos dijeron que está ya en las últimas fases nuestro contrato.

En esta etapa de la pandemia he recibido apoyo psicológico por parte del centro; hemos tratado de minimizarlo un poco y enfocarnos más en nuestros pacientes ya que nos debemos a ellos; tratar de ponemos en su lugar, con las falencias, las debilidades, la sintomatología que van cursando, tratando de apoyarnos mutuamente, ya sea con los mismos pacientes que ingresaban para salir adelante.

### **TESTIMONIO N° 3**

#### **POTOSÍ**

Mi nombre es A.C. trabajo en la seguridad social. La institución cumplió con el equipo de respuesta inmediata, pese a haber disminuido la atención a consulta externa, el personal médico estuvo al frente de la pandemia.

El policlínico siempre ha contado con el equipo adecuado de bioseguridad para pacientes positivos, para pacientes a visita domiciliaria, se cumplió con los protocolos de bioseguridad; es decir, se contó con el equipo de protección personal para el personal de respuesta inmediata.

Para la atención de pacientes habituales de enfermedades comunes, el equipo de bioseguridad era limitado, no se han utilizado los barbijos N95, sí se utilizó las mascarillas y lentes.

Realizando una estadística, del personal del sector médico pocos fueron los contagiados y pasaron sin complicaciones.

Se realizaron procesos administrativos para la contratación de personal de salud de respuesta inmediata, este trámite demoró debido al procedimiento que se debe realizar, sin embargo se ha cumplido; la remuneración al personal nuevo se la realiza hasta el 20 de cada mes, al personal de planta cada primero de mes, en ambos casos puede existir una demora de cinco días, pero se cumple teniendo en cuenta que la parte económica es un incentivo para el personal y puedan seguir trabajando.

A un principio se pensaba dar charlas de orientación y reflexión para que el médico asimile, sin embargo, el pánico no solo se dio en la población sino también en el personal de salud, algunos colegas se resistían a atender a pacientes debido a ello se realizaron reflexiones haciendo inducciones para que ellos puedan aceptar la pandemia que se vivía. En los meses de julio y agosto, pico alto de la pandemia fue difícil, los médicos no podían asistir a estas charlas, todo el tiempo recibían llamadas de ambulancias, el policlínico se encontraba lleno y colapsó, de esta

manera el personal ha ido adecuándose y respondiendo a la medida que podía. El personal de salud del área administrativa cometió varios errores al responder a la población, errores que no fueron voluntarios. En conclusión, no se tuvo el apoyo psicológico.

Se pensó que estábamos preparados para la atención al paciente con COVID, empero se reveló falencias, no se contaba con infraestructura, equipamiento, insumos, recursos humanos capacitados, en todo ello existía carencias.

Es necesario orientar a los asegurados y la población en general que lo más importante es la tranquilidad, no estresarse. El 80% de los enfermos son asintomáticos, la enfermedad se lo debe tomar con calma y seguir con los tratamientos que se den y con las medidas de bioseguridad, utilizar siempre el barbijo, tener un distanciamiento social adecuado, lavado de manos, utilizar desinfectante.

Se aprendió que salud no es una isla, sino es algo integral, que se debe coordinar con otras instituciones para mejorar el servicio; como anécdota, el personal médico se servía la comida sentado en los pisos, no había agua, el cansancio era general.

#### **TESTIMONIO N° 4**

##### **POTOSÍ**

Mi nombre es L.P., médico del sector público. Al inicio de la pandemia nos dotaron de equipos de protección personal; en mi caso, soy una persona de 1.80 metros, y era difícil conseguir mi talla; siempre se propuso que por el tema del riesgo el personal de salud no debería entrar si no tiene el equipo, sin embargo, el lugar donde trabajo, en el centro CRUEM, solo existían dos salas que improvisamos y las paredes eran a base de bolsas, el mismo plástico de la bolsa que se ponía alrededor de todas partes, lo tapamos todo y dividimos las áreas rojas y blancas con las bolsas. En un inicio, si bien se contaba con el equipo de EPP, existían dos habitaciones en las cuales entraban máximo seis pacientes y todo ello dividido con bolsas para evitar los contagios; se improvisó para atender de la mejor manera.

En ese entonces no era fácil colocarse los Equipos de Protección Personal, como a mi colega el Dr. Jesús (terapeuta), que estaba en mi unidad y con él nos batíamos porque no nos entraban los trajes.

En cuanto a los salarios, los primeros dos o tres meses no nos cancelaron, posteriormente el Hospital Daniel Bracamonte procedió a los pagos, en mi caso soy médico ASO (Año de Servicio Obligatorio) y apenas me pagaron 4.000 bolivianos y fracción por los meses trabajados; lamentablemente, no se reconsideró ni siquiera un monto acorde al riesgo y a la especialidad. Los

meses que no nos cancelaron fueron marzo y abril, nos pagaron con retraso, fui a rogarles que por favor me cancelaran porque ya no tenía dinero, cuando me cancelaron me pagaron un sueldo mínimo siendo que sabían que estábamos en una situación extrema que podía comprometer mi vida, no tuvieron estas consideraciones; a mis otros colegas se les dio un poco más de sueldo sin gozar de la especialidad de ASO, pero también para ellos existió el retraso de pago, ahora tras haber acabado con mi residencia me pagaron el sueldo muy bajo. No recibimos apoyo.

Se nos propuso hablar con un psicólogo, pero ya no lo necesitábamos, los momentos críticos pasaron y cuando inauguraron el centro Sevilla, los psicólogos vieron la forma de formalizar el trabajo en equipo, pero eso debió ser al principio, nosotros aprendimos a resolver todo por nuestra cuenta: No recuerdo la fecha que se realizó la charla con el psicólogo, fue cuando se inauguró el centro COVID Sevilla.

Viví en una pandemia en la cual se fueron enfermando personas de manera muy precoz muy rápido, muchos médicos dejaron de trabajar, dejaron de ejercer su función, y sobre eso existió una demanda mayor de lo que es la especialidad de medicina interna, muchos médicos no se animan a trabajar a dar el todo por todo, hay personas que por protección a sus familias no se han animado a estar en el frente de batalla, justamente, por el miedo a infectarse, han interactuado sobre lo que han podido cuando aumentaron los casos.

El equipo COVID empezó muy bajo, fuimos creciendo y somos una gran familia. Se empezó en una salita de dos cuartos luego creció a la sala de infectología con más de 20 camas, del área de infectología se fueron al estadio donde tenían dos salas grandes, del estadio se fueron al SEDEGES porque se inundó, del SEDEGES se fueron a (centro) Sevilla, donde tiene oxígeno empotrado, posteriormente, trajeron compresores automáticos para dar oxígeno con más durabilidad en caso de bloqueos (de caminos). Si bien las cosas van de a poco y han ido creciendo, gracias a Dios se llegó a cumplir las expectativas en muchas cosas y ahora que los casos bajaron no están realizando el uso de esos recursos a la plenitud que lo realizaban antes; se ha visto que en España ha existido recaídas y va haber un montón de casos más, el tema es que cuando llegue tenemos que estar preparados y eso quiere decir que no desestimen los recursos que se da al COVID porque al fin y al cabo este es un periodo de descanso, va haber un rebrote y tenemos que estar listos para tener la menor cantidad de mortalidad posible.

El Jefe de los domos del Hospital Japonés, posiblemente renuncie debido a que se les adeuda sus salarios; realizaron reclamos al Ministerio de Salud, al Colegio Médico, al SEDES, sin que se cumpla con el pago de salarios a los médicos de contrato, a quienes se les adeuda de tres meses, se pide que se comunique a la prensa lo que está sucediendo con el personal médico, que está en constante riesgo.



## **TESTIMONIO N° 5**

### **POTOSÍ**

Soy el doctor C.E.T., médico general del Hospital Madre Obrera de Llallagua, Potosí. Desde el inicio de la pandemia, la entrega de EPP fue progresiva, no ha sido todo el equipo desde el principio pero fue mejorando; respecto a las características de bioseguridad y creo que para cualquier país tercermundista como el nuestro es imposible cumplir las normas internacionales porque es imposible conseguir tantos barbijos para cada día, son por ejemplo seis barbijos simples por día y en esa época no había la posibilidad de brindarnos tantos, los barbijos N95 se tenían que cambiar por lo menos una vez al día y eso no ha sido posible; sí se han otorgado EPP de bioseguridad, pero comenzó de a poco y se ha ido mejorando, pero al final no se han cumplido las especificaciones internacionales.

En cuanto al salario, tenemos personal que trabaja con contrato del municipio, con contrato del SEDES, mi contrato es del Ministerio y aunque no presenté queja escrita, en general, no se le ha pagado a nadie, sobre todo al personal del equipo COVID-19; la mayoría ha sufrido retrasos en el pago y a algunos que no se les ha pagado, a todos nosotros que nos ha contratado el Ministerio no nos pagaron. También hay denuncias sobre el SEDES de Potosí, han habido bastantes irregularidades, nos han pedido que vayamos a Potosí a denunciar el incumplimiento de plazos en cuanto a la convocatoria porque no nos llamaban para empezar la consultoría, hubo por lo menos dos meses que ya estábamos listos para trabajar, pero no nos llamaban, ha habido una descoordinación total, pasó lo mismo con la gente del municipio y del SEDES. En general todos los equipos COVID del sistema público han tenido problemas con su salario.

Respecto a la salud mental, había un departamento de psicología que se encargaba de todo lo que tiene que ver COVID, tanto para el personal de salud como para los pacientes, pero el contrato era de tres meses, así que la psicóloga ya se fue, yo no recibí ningún tipo de apoyo psicológico.

## **TESTIMONIO N° 6**

### **COCHABAMBA**

Soy la doctora N.A.M., médico general del Hospital Solomon Klein (hospital centinela para COVID-19) desde mayo de la gestión 2019, me encuentro cumpliendo funciones médicas en el señalado nosocomio en calidad de consultora individual de línea, a partir de marzo de 2020 asumí funciones para la atención a pacientes COVID-19. Nos vimos limitados en el número de profesionales para atender a pacientes por esta patología, solo cuatro médicos generales e internistas fueron los que apoyaron en la atención, lo cual generó cansancio, estrés, impotencia y llanto ante el riesgo inminente de contagiarse; dentro ese ambiente tenso no recibimos apoyo psicológico y respecto a los equipos de bioseguridad, en el mes de marzo no existía la cantidad necesaria de EPP por lo que se nos otorgó de manera limitada.

En junio de la presente gestión, el Ministerio de Salud contrató médicos con ítem, mismos que no atendieron mucho tiempo a los pacientes con COVID-19, puesto que también se enfermaron y tuvieron que ser aislados; en este aspecto expreso mi desagrado e indignación porque los consultores individuales de línea contratados por el municipio fueron los que estuvieron batallando ante la pandemia en primera línea y a momento de asignar médicos con ítem, no nos tomaron en cuenta, el sacrificio que realizamos no fue valorado por el ente rector en salud. No tuvimos problemas en el pago de salarios.

### **TESTIMONIO N° 7**

#### **COCHABAMBA**

Soy el doctor E.J. Jefe Médico del Hospital del Sud (centinela). Desde el inicio de la pandemia no recibimos el Equipo de Protección Personal de manera oportuna por parte del Gobierno Autónomo Municipal de Cochabamba, pero sí recibimos donaciones de ONGs e instituciones privadas, también del Ministerio de Salud, por lo que tuvimos que adquirir por cuenta propia el material de bioseguridad porque el servicio era de 24 horas, no recibimos apoyo psicológico.

Existió mala organización tanto por parte de la Gobernación y la Alcaldía, a raíz de ello no se contaba con material de bioseguridad y mucho menos con los medicamentos adecuados para el tratamiento del COVID 19, por lo que muchos pacientes tuvieron que adquirir por cuenta propia, lo cual fue atentatorio al derecho a la vida y la salud.

Con relación al pago de sueldos, varios de mis colegas tuvieron dificultades en el cobro, en muchos casos hubo demora de hasta 90 días.

### **TESTIMONIO N° 8**

#### **COCHABAMBA**

Soy M.Z.C. enfermera auxiliar del Hospital Solomon Klein (centinela) desde el 13 de junio del presente año, empecé a trabajar con contrato temporal hasta el 30 de octubre de 2020, el primer día de trabajo me dotaron de un mameluco de bioseguridad, gafas de protección, barbijos KN95 y quirúrgicos, guantes, bata y botas, que renovaba cada seis horas en turnos de 12 horas después de dos días porque trabajo en el área de aislamiento de pacientes con COVID 19 positivos; a pesar de estar cumpliendo con mis respectivos turnos no me pagaron ni un mes de sueldo desde que empecé a trabajar, ante mis reclamos, el Administrador del hospital indicó que debo reclamar ante el SEDES porque fui contratada por el Ministerio de Salud.

No recibí capacitación para atender a los pacientes COVID 19, solo nos capacitaron para el uso de los EPP y no recibimos apoyo psicológico debido a que ni bien termina nuestros turnos, nos retiramos del hospital para ir a descansar en nuestros domicilios.

## **TESTIMONIO N° 9**

### **COCHABAMBA**

Soy V.F., médico de la Caja Nacional de Salud, donde no nos otorgaron los EPP de manera suficiente, durante toda la cuarentena rígida usaron un solo mameluco de bioseguridad, nos dieron guantes, gorro quirúrgico, barbijo quirúrgico y un solo barbijo N95.

No hubo retraso en el pago de sueldos, siempre me pagaron de manera puntual, pero escuche de otros colegas que sí se habrían retrasado en el pago de sus sueldos por motivos administrativos, ya que los mismos no habrían presentado cierta documentación requerida para procesar el pago.

No recibí ningún tipo de ayuda psicológica, pero sé que se conformó un equipo técnico para la atención a pacientes y personal médico, ya que muchos de mis colegas sufrieron la pos pandemia con agotamiento mental y físico porque son los que están dando la cara en primera fila y el Gobierno central se olvidó de los riesgos que corremos como personal de salud y también nuestras familias, no hay consideración por parte de ninguna autoridad, lo único que saben hacer es exigirles sin darles las armas suficientes para poder combatir esta enfermedad del COVID -19.

## **TESTIMONIO N° 10**

### **CHUQUISACA**

Soy la doctora K.Y.S. del hospital San Pedro Claver, hospital COVID. De inicio se tuvo muchas carencias, no había la cantidad suficiente de EPP, pero nos fuimos adecuando. Al principio no había mucho personal asignado, por ejemplo, el área COVID tenía una sola enfermera en turnos de 24 horas y hacía de todo, de camillera, manual porque no teníamos auxiliares, pero sí teníamos horarios para alimentarnos e ir al baño.

Casi dos meses estuvimos carentes de EPP, desde que comenzó la pandemia, a fines de marzo, pero si bien estábamos carentes de EPP nos hemos dado modos para atender; lo que no parecía justo es que teníamos que hacer de todo.

Se ha entregado cuatro mudas de ropa al día para que se cambien, por ejemplo, para salir al baño o comer. Si bien el hospital nos ha dotado de toda la ropa, algunos se compraban de afuera, más que todo por seguridad personal.

Ahora que tenemos más personal es posible descansar un poco, mientras una está en sala otros preparan el material en el área verde, luego ingresa a sala y la otra persona sale, lo que no se podía hacer antes porque antes eran turnos corridos; posteriormente nos han dado manuales, camilleros, pero siempre cuidando a los pacientes y nuestro personal del área roja y gracias a Dios no han

sido infectados, han habido unos cuantos, pero eso ha sido afuera, es sus casas por ejemplo, pero aquí mismo, por la atención del paciente, hemos sido muy cuidadosos para que cada persona que ingrese, desde el manual, el camillero, licenciada, enfermeras, médicos, o sea todo el equipo, esté bien protegido.

En cuanto al pago de salarios, hay personal que ha trabajado mucho y no es justo que aún no se le cancele.

Esta situación nos ha afectado un poco en lo psicológico, hemos tenido apoyo por el equipo de psicología que conformó recientemente el Director, algunas licenciadas y camilleros querían quedarse aquí en el hospital como aislados para no ir a sus casas por temor a contagiar a sus familias, se ha formado una bonita familia en el servicio de COVID, muchas veces llorábamos entre nosotros, la mayoría del equipo son jóvenes y yo quisiera que por lo menos ellos que han trabajado mucho, se queden a trabajar después en el hospital.

### **TESTIMONIO N° 11** **SANTA CRUZ**

Soy el doctor J.R.C., estoy realizando mi ASO, servicio obligatorio de la especialidad de anestesiología en el Hospital César Banzer Suárez del municipio de Concepción. En estos últimos meses me tocó atender casi el 70 al 80% de los pacientes para cirugías de emergencia, donde nosotros como protocolo pedimos laboratorio de prueba rápida para poder identificar si el paciente es portador del virus, hicimos a todos por protocolo y el promedio, aproximadamente 70 a 80 %, dio positivo para COVID.

El Hospital César Banzer Suárez es un hospital de primer nivel con camas de internación donde se pueden resolver patologías quirúrgicas, lastimosamente, no contamos con una unidad de terapia intensiva para pacientes complicados, las dificultades que pasamos, o por lo menos mi persona como especialista, fueron las emergencias que llegaron, pacientes COVID con apendicitis, elitiasis; cesáreas con COVID no podían referirlas a un hospital en Santa Cruz ya que todos los centros donde recepcionan pacientes con COVID están saturados por la emergencia, por el riesgo de vida que presentaban los pacientes tuvimos la necesidad de resolver la patología quirúrgica dentro de nuestro hospital.

Como anestesiólogo, ante la carencia de equipo de bioseguridad lo adquirí con mis propios recursos, por preservar mi salud tuve que hacer una gran inversión económica para todo ello, aun así no nos libramos de estar en cualquier momento infectados; lastimosamente, el sistema de salud en toda Bolivia, no simplemente en Santa Cruz, ha sido completamente abandonado y con esta pandemia no estamos preparados para nada, no tenemos equipamiento, no tenemos material, si antes de la pandemia no contábamos con los recursos humanos y materiales dentro de los hospitales, peor durante la pandemia, aun así como personal de

salud de primera línea tuvimos la necesidad y la urgencia de salvaguardar la salud de los pacientes, tener que entrar a quirófano según nuestra especialidad.

No tenemos recursos para el laboratorio, para tener un control del paciente, de cómo está avanzando, aun así no dejamos de atender a los pacientes que eran un 70 a 80% con riesgo de vida; se ha atendido a muchos pacientes, lastimosamente, fallecieron en el tratamiento, el 3% podríamos decir. Hemos tratado, juntamente, con el equipo quirúrgico, médicos de planta y médicos generales, de estabilizarlos y conseguir una mejora en su salud. Recomendaría a todos que no dejen de tener los cuidados con relación a la bioseguridad porque se están presentado, hasta en el personal de salud, reinfecciones y se están tornando más complicados y de difícil tratamiento y no hay espacios en ningún centro de salud y peor que no contamos con seguro de salud muchos de los que estamos trabajando en municipios.

### **TESTIMONIO N° 12**

#### **SANTA CRUZ**

Soy médico de la Caja Petrolera de Salud. En cuanto al equipo de bioseguridad, no nos dotaron desde el primer momento en que empezó la pandemia. Los trajes que nos dieron son reutilizables y nos decían que debía durarnos semanas o meses y los mismos no eran completos, faltaba siempre algo.

No puedo quejarme del salario, nos pagaron puntualmente a los de planta con ítem, pero para los médicos Internos no llegaba puntual, tampoco les dejaban sacar vacaciones o bajas ante el cansancio y desgaste, a todo esto se sumó que debido a la alta demanda del servicio, no hubo tiempo para que nos brinden apoyo psicológico necesario.

Yo quiero pedir a la Defensoría del Pueblo que el control e intervención en hospitales se lo haga hasta que ya no haya riesgo, porque podría haber un rebrote no hay las condiciones necesarias para atender.

### **TESTIMONIO N° 13**

#### **SANTA CRUZ**

Mi nombre es C.A.L.F, trabajo en un hospital público de la ciudad de Santa Cruz. Al inicio de la pandemia no recibimos equipos de bioseguridad de manera oportuna, fue después que nos proporcionaron; los equipos cumplen con lo exigido universalmente.

Actualmente, existe falta de pago a los médicos a contrato del Ministerio de Salud desde el mes de julio, no están gozando de ningún beneficio, ni apoyo, y nos encontramos en riesgo porque atendemos enfermos de COVID-19. Hemos realizado reclamos al Ministerio de Salud, al SEDES y al SIRMES, sin resultado;

por mi parte no tengo ese problema porque tengo Ítem, pero me preocupa lo que está ocurriendo con mis colegas.

No hemos recibido ningún apoyo psicológico, que yo sepa ningún médico, y la comunidad cree que todo está correcto, los de salud pagamos el plato roto con riesgo de nuestras vidas por la atención a los enfermos de COVID-19. Las autoridades no coordinan, están dando libertad de circulación a la gente sin protección, como es el barbijo, mientras que el virus sigue circulando.

Posiblemente, renuncie debido a la falta de pago de salarios; pese a que realizamos reclamos al Ministerio de Salud, al Colegio Médico, al SEDES, no se cumple con el pago de salarios a los médicos de contrato, a quienes se les adeuda de tres meses, sería importante que esto que está sucediendo con el personal médico, lo sepa la prensa.

#### **TESTIMONIO N° 14**

##### **PANDO**

Soy la doctora P.M.A., trabajé en primera línea en la unidad de medicina interna del Hospital Mesutti COVID-19. Fue bastante complicado y arriesgado para nosotros y nuestros familiares, decidí salirme de mi casa para poder realizar ese trabajo, para no transmitir o llevar el virus a mi casa. Me fui a vivir a un hotel cancelando con mi dinero.

Dependiendo del cuadro del paciente, nosotros llegamos y nos vestíamos en un lugar asignado por el personal del SEDES, a veces no teníamos equipos de bioseguridad, la mayoría de las veces llevé equipo que me compraba. Nos daban apenas, gorro, barbijo y las botas. Algunas veces sí nos daban los equipos de bioseguridad, que eran lavados. A algunos colegas les salió alergia o alguna otra cosa al usar esos trajes, por lo que decidimos llevar nuestros propios equipos.

Mi contratación era por el lapso de tres meses, cuando me llamaron del SEDES Pando me dijeron que el contrato era un contrato extra porque yo trabajo en el hospital Roberto Galindo, pregunté si eso no influiría por percibir doble salario, me dijeron que no, que eso era un contrato extra, que iba a ser cancelado por esta entidad que es AISEM.

En el segundo mes de trabajo enfermé, me dio COVID y solicité baja para no aumentar mi carga viral. Entonces me dieron baja de 14 días y la presenté al SEDES, sin embargo me dijeron que no valía y que yo tenía que dejar un reemplazo. No podía dejar a un reemplazo porque, aparte de que no nos pagaban, no tenía contrato.

Hasta el día de hoy no tengo contrato, para ello me llamaron, me hicieron dejar mis papeles y todas las veces que llamaba no me contestaban y cuando lo hacían

me indicaban que ya iba a llegar mi contrato, sin embargo, hasta el día de hoy no hay nada, estoy esperando que me puedan cancelar los haberes. Mi último turno lo hice el 17 de septiembre, fecha en la que se dio alta al último paciente COVID-19.

Con varios colegas médicos hemos decidido iniciar una acción de amparo, ya sea contra el SEDES o la AISEM. Hemos tomado una abogada laboralista, ella nos preguntó si queríamos ir a un juicio laboral, nos explicó que el juicio duraría posiblemente entre un mes y dos años, dependiendo de cómo se desarrolle, o ir a un amparo constitucional, que el contrato verbal que nos habían realizado también valía. Decidimos ir por el amparo porque queremos que se nos cancelen nuestros haberes por los cuales hemos trabajado y cumplido una labor asignada. Nosotros hemos cumplido con nuestro trabajo contra viento y marea y contra todo lo que sucedió, y no hay visos de que nos cancelen, por eso hemos decidido. Particularmente, yo no he firmado ningún contrato hasta el día de hoy.

Durante el tiempo que ejercí funciones en el Hospital Mesutti no recibí apoyo psicológico por parte de ninguna instancia, nadie se preocupó del estado emocional del sector médico, pese a que fue una experiencia bastante dura al ver morir a tantas personas, las condiciones en las que trabajamos, la enfermedad que nos dio a algunos de nosotros y el distanciamiento obligatorio con nuestros seres queridos que decidimos tener por precaución hacia ellos.

## **TESTIMONIO N° 15**

### **BENI**

Comencé a trabajar en abril en el Centro COVID-19 de la ciudad de Trinidad, por medio de un contrato de la Alcaldía; en todo el tiempo que trabajé tuvimos muchas carencias y falencias en lo que concierne a todo el equipo de seguridad, si bien al principio, cuando comenzó todo, nos dotaron de trajes EPP, pero como todo el personal hacía turnos de 12 horas, estábamos 12 horas con un traje de bioseguridad atendiendo a 40 y hasta 50 pacientes por turno, los trajes de bioseguridad no cumplían con todas las necesidades, sobre todo para nosotras las mujeres; para ir al baño, por ejemplo, había bastante contaminación; por otra parte no teníamos los barbijos N95, los gorros, las botas, con un mismo guante teníamos que atender a todos los pacientes cuando nos tocaba ir a la toma de signos vitales, administración de medicamentos y demás; los guantes comenzaron a escasear con el tiempo porque comenzamos con cuatro a cinco pacientes y llegamos a atender casi 60 por turno, sobre todo cuando ya comenzó el brote total, incluso teníamos que embalar muertos, tanto médicos como enfermeras.

No recibimos de ninguna manera un apoyo psicológico ni emocional ni tampoco algún seguro de salud, no obstante que casi la mayoría sufrió la enfermedad de COVID y como es de conocimiento de todos, las heparinas costaban caras y cada uno tuvo que comprarse sus heparinas y todos sus medicamentos.



En el caso de los sueldos siempre nos adeudan uno o dos meses, los salarios son inestables y la paga que recibíamos era poca para la exposición que teníamos frente al COVID-19, es de conocimiento que nosotros hemos perdido a una colega, a una licenciada en enfermería, la licenciada Griselda Rivero, ella falleció a consecuencia del COVID-19.

Hicimos reclamos por la falta de pago de nuestros salarios y también porque a nosotros nos enarbolaron o nos enamoraron se podría decir, diciéndonos que íbamos a tener ítem, una estabilidad laboral, y nunca fue así, porque hasta ahora nunca nos llegó ítem, nunca nos llegó nada, solo contratos de consultores en línea, sin ningún beneficio, muchos de nuestros colegas han sido despedidos sin haberse beneficiado de nada, claro que para todos ha sido un gusto servir a la sociedad con nuestra profesión, pero la verdad sin ningún beneficio de tener un trabajo estable como lo prometieron al principio. Estas denuncias las hicimos por las redes sociales, porque si bien quisimos hablar a las autoridades, nadie nos hizo caso con el tema de la pandemia, incluso llamábamos a la prensa y nadie quería venir porque sabían que atendíamos pacientes COVID, así que todos los reclamos que hicimos fue por medio del Facebook, por medio de grabaciones y videos que sacábamos como personal del centro COVID en las redes sociales.

## **TESTIMONIOS DE PACIENTES COVID 19**

### **TESTIMONIO N° 1 LA PAZ**

Soy G.Q.M., mi papá se llamaba L.Q.C., tenía 64 años, era asegurado de la CNS, trabajador activo del magisterio, realizaba el trámite de jubilación. El 17 de agosto mi papá estaba mal y con una tía fuimos al Policlínico Miraflores de la plaza Triangular, que nos corresponde, a pedir una transferencia para que le puedan atender en el Hospital Obrero, hice la fila desde las seis de la mañana, casi hasta las dos de la tarde. Mi papá ya estaba con oxígeno en mi casa, su saturación estaba entre 45 a 55, le estábamos medicando en la casa, justamente, porque no había espacio (para internarlo). Le explicamos a la doctora y después de tanta insistencia nos dio una transferencia para el Hospital Obrero; entonces a las 14:30 yo voy a mi casa y en taxi le llevamos a mi papá con botellones de oxígeno, justo esas veces también había escasez de oxígeno y solo medio tanque querían cargar. Todo el día del lunes hemos peregrinado en el Hospital Obrero, hemos ido con la transferencia y no le han querido atender, (el personal que nos atendió dijo que) no hay espacio, que está lleno, que está colapsado, y yo le digo que nos tiene que dar alguna solución, ¿a dónde vamos a ir?, que mi papá es asegurado, más de 40 años ha trabajado en el magisterio y en todo ese tiempo él tampoco ha ido a la Caja porque sabemos que el sistema de salud de la Caja es pésimo, (la CNS) es la peor que tenemos y me responde que vaya al Hospital L.U.O. en Villa Copacabana.

Hemos estado, aproximadamente, a las 5:30 p.m. (en el Hospital L.U.O.), le mostré la transferencia a una licenciada que fue la única que se ha portado gentil, quien abrió la reja porque estaba todo cerrado, mientras mi papá estaba en el taxi, ella sale a verle y regresa para sacar su oxímetro, le toma la presión y, efectivamente, mi papá estaba muy mal, incluso, teníamos un estudio de pulmón que le hicieron; la enfermera entró, nuevamente, al hospital y volvió con el doctor que nos dio otra orden de transferencia donde indicaba que necesitaba internación urgente porque pasadas las dos horas él iba a fallecer. Volvimos a ir al Hospital Obrero, ha debido ser las seis de tarde, en triaje estaban todos encapuchados no se los podía identificar y volví a mostrar la transferencia del L.U.O y me dice ¿pero yo qué voy a hacer?, no hay espacio. En el Obrero, en triaje, el médico señaló que no hay espacio en terapia intensiva, mi papá estaba en la sala de espera y a su lado falleció un señor, ha sido tanta nuestra desesperación porque no le atendían que nos dijeron, “lo que pueden hacer es ir a una clínica y luego piden sus gastos de reposición”.

Tampoco había clínicas privadas, hemos caminado por todo lado con mi papá, al (Hospital) Agramont hemos debido llegar a las 9:30 o 10 de la noche y ahí ya le han atendido, ingresamos por emergencias, como estábamos agarrando la tomografía de pulmones y su oxigenación ya estaba creo más baja de 40, le trataron de reanimar y ya debió pasar una hora. Nos dijeron que por día terapia intensiva costaba 10.000 bolivianos y teníamos que dejar un depósito de 60.000 como garantía. El depósito no lo hemos dejado porque no teníamos ese monto.

Al ingreso con mi papá, mi hermana mayor (y yo) hemos firmado dos papeles, imagino que era por el pago, no leímos realmente con toda esta desesperación. (Mi papá) pasó primero a terapia intermedia donde nos dijeron que si va a empeorar le iban a entubar; los costos eran altos. Eso fue el lunes, el día miércoles fuí nuevamente al Hospital Obrero con las dos transferencias, hablamos con el Director, el doctor Maldonado que me dijo “¿pero yo qué puedo hacer?”, “no hay espacio”, le expliqué que el Hospital Santiago II era dependiente de la CNS y que me dijeron que ahí hay camas, él respondió “no hay, no puedo hacer yo nada”. La atención del Hospital Obrero pésima, es gente inhumana la que trabaja ahí, se pasaban uno y otro la pelotita.

El 26 de agosto han entubado a mi papá, hasta el 11 de septiembre. Nos llamaron, mi hermana fue en la mañana y de manera escrita le dieron esto (mostró una liquidación hecha a mano), indicando paguen en caja y luego vamos a ver cómo se les va a entregar el cadáver. Eso fue el sábado en la mañana, mi papá falleció de choque séptico refractario, distrés agudo respiratorio y neumonía crítica COVID-19. Ese sábado le dijeron a mi hermana que no podíamos retirar el cuerpo si no habíamos cancelado, el monto total general era 280.612 bolivianos, por internación médica dimos 45.000, en la medicación hemos gastado 84.497. Nos dieron un pagaré de tres meses con el compromiso de pago, en total debíamos pagar 129.000 bolivianos por medicamentos en el (Hospital) Agramont.

Lo recogimos el día martes porque el Director dijo “traigan dinero y vamos a negociar por la entrega del cadáver”. El lunes fuimos a negociar y el martes volvimos con el personal de la Defensoría (del Pueblo).

En la funeraria Voluntad y Vida nos indicaron que ni siquiera había estado embolsado el cuerpo. El Hospital tampoco había tenido los protocolos de lo que es el COVID-19, mi papá estaba así, no estaba embolsado, los de la funeraria incluso no le querían sacar porque no estaba embolsado. Posterior a eso, hemos ido a la funeraria, ellos lo han recogido el martes. Como no había espacio en el cementerio hemos optado por la cremación. El costo ha sido de 5.000 bolivianos porque lo querían meter a un nicho junto con tres cuerpos.

## **TESTIMONIO N° 2**

### **EL ALTO**

Mi nombre es Y.C., tuve una pérdida fatal, mi papá era chapista, trabajó desde sus 15 años en su chapería. Desde el 2018 mi papá sufría con fuertes dolores del pulmón, cada año tenía un tratamiento en la Clínica Jesús Obrero, se enfermaba casi un mes; él falleció hace dos meses atrás, el 16 julio, justamente era cuarentena, no había como ayudarlo, era el único que teníamos, mi mamá también está enferma, tiene diabetes y toma pastillas de por vida. Mi papá se enfermó y nosotros le llevamos a la clínica Divino Amparo que queda en Villa Adela, lo primero que hicieron fue tomarle la prueba de la COVID y luego llamaron al SEDES.

El SEDES vino y le tomó la muestra y a mi papá le dijeron que vaya a casa, en mi casa se puso mal y el SEDES nos dijo que nos daría el resultado dentro de cinco días y nosotros esperamos, fuimos por todos los hospitales, fuimos al Hospital Obrero, Hospital del Norte, al Hospital Holandés, a diferentes hospitales, incluso clínicas privadas donde no le querían recibir a mi papá porque querían la prueba del SEDES; insistimos para que el SEDES nos dé una respuesta, a veces ni nos contestaban y a veces nos decían que tal fecha nos entregarían los resultados, que falta, que tienen que esperar, pero la atención de mi papá no podía esperar, le negaron la atención, hicimos la prueba rápida y en la prueba rápida mi papá salió positivo al COVID 19 y con eso no le querían atender; lo tuvimos en casa con medicinas naturales, hemos contratado médicos nos costó mucho, hemos contratado especialista de los pulmones, contratamos enfermera para que le cuide, compramos oxígeno en botellones, sus medicinas y medicamentos costaban mucho. Mi papá falleció y el SEDES, al día siguiente de su fallecimiento nos dio el resultado negativo. Posterior a eso estuvimos mal, perdí mi trabajo, estábamos mal económicamente, mi mamá es adulta mayor, ahora mismo mi hermana se enfermó y queríamos internarla en el Hospital Corea y le pidieron la prueba de COVID, se hizo la prueba y salió positivo y ya no le querían atender con el seguro del SUS, le han rechazado y en la misma noche le hemos llevado a la clínica de Jesús Obrero donde le han atendido rogando y

al día siguiente le han hecho la prueba del COVID y ha salido negativo es lo que ha pasado en mi caso.

### **TESTIMONIO N° 3**

#### **ORURO**

Mi nombre es J. S. V.C., fui paciente asintomática, tuve un resfrió leve en mi opinión, las brigadas de rastrillaje del Gobierno Municipal de Oruro me detectaron COVID-19, posteriormente, fui al Hospital Pabón y solicité la prueba PCR y no tuve acceso, en la Clínica Natividad no hacían la prueba ni rápida ni PCR, luego fui al (Hospital) San Agustín donde tampoco hacían (la prueba) por el colapso, luego me apersoné al Laboratorio Estela que es de servicio particular, donde me hice la prueba rápida y me dio positivo y me recomendaron que no me reincorpore a mi trabajo debido al contagio, confirmándome que era asintomática y que ya estaba pasando (la enfermedad). Me apersoné a la Clínica María Auxiliadora de servicio público, donde me realizaron una revisión y, posteriormente, me extendieron el certificado recomendándome los cuidados y medicación.

En ningún momento recibí apoyo psicológico, no recibí ningún tipo de apoyo, es más desconocía de la prestación del servicio psicológico.

Yo fui por varios centros de salud para que me atiendan, me negaron el servicio de salud, como el Centro Pabón, Clínica Natividad, pero comprendo también que había falta de insumos y la crisis de salud es a nivel nacional y mundial.

### **TESTIMONIO N° 4**

#### **POTOSÍ**

Mi nombre es C.M.V. Fui al Policlínico, estaba delicado de salud, ni siquiera me revisaron, siendo colega solo me hicieron preguntas y, directamente, elaboraron la ficha epidemiológica y me dijeron que en tres días vendrían a mi domicilio para sacarme la muestra, me dieron paracetamol y ni siquiera me tomaron la temperatura. En el transcurso de los tres días mi salud se deterioró hasta no poder aguantar, por ello el tercer día fui y, prácticamente, el médico me dijo que tenía que irme a mi casa, pero yo ya no podía respirar y estaba con una temperatura de 39 grados, estando totalmente desahuciado, prácticamente, casi me desvanezco en la puerta, por nada del mundo me querían atender en emergencias de la Caja. Posterior a eso no podía ni hablar y pedía que me colaboren porque también trabajo en el área de salud, me decían que desaloje el lugar porque contaminaba todo, porque hay gente sana que viene al lugar, me dijeron que vuelva a mi domicilio y me sacarían la prueba y ya no podía aguantar con el dolor de cabeza.

Le comenté a mi esposa que se encontraba en la puerta del Hospital porque no le dejaban ingresar, y es ella quien llamó a la Defensoría del Pueblo y vinieron de la institución, y recién me atendieron; la atención en el centro COVID fue buena, estuve

14 días más o menos, luego me llevaron a medicina interna de la Caja, ahí fue mal el trato, vi mucha gente morir por falta de oxígeno y recién empezaron a contratar personal, estuve casi 30 días, me internaron el 3 de julio de 2020.

Me trataron bien en el Centro COVID, han hecho lo que tenían que hacer, cumplieron el tratamiento, sufrí más en medicina interna porque ví gente morir, incluso colegas, porque a los médicos les daba miedo, si se los contrataba renunciaban, se iban llorando, no les daban EPP, el lugar estaba dividido pero compartíamos el mismo baño y se debieron contaminar en este ambiente; no recibí apoyo psicológico porque ni los médicos se animaban a ingresar, peor los psicólogos.

Me negaron la atención en la Caja, ni siquiera me controlaron la temperatura, si no hubiera sido la ayuda de la Defensoría del Pueblo, si no fuera esa intervención, me iban a mandar a mi casa y otra sería la situación, porque estaba mal.

## **TESTIMONIO N° 5**

### **POTOSÍ**

Soy A.R., personal manual del Hospital Bracamonte de Potosí, quiero realizar mi testimonio porque viví momentos desagradables que me afectaron psicológicamente. Trabajé desde enero en el Hospital Bracamonte, en el área de traumatología, por cosas del destino una licenciada nos contagió a todos infectándonos con el COVID, gracias a Dios ya pasamos la enfermedad que nos llevó a pasar momentos desagradables.

Me aislé el 22 de junio, un día antes de mis cumpleaños, debido a que perdí el olfato y el gusto, que son síntomas de COVID; me aislaron porque no contaba con casa propia, porque me encuentro en alquiler, después me aislaron como 11 días, al séptimo día me realizaron la prueba.

El 4 de julio me informan que soy positiva, cuando ya había pasado todos los síntomas, estaba aislada en el Hotel CIMA Argemtum, entre el 22 de junio hasta el 4 de julio, luego me enviaron a la Caja de Salud donde recibí el tratamiento que duro nueve días en el centro COVID de la Caja, después me llevaron al Hotel Vermont donde recibí el tratamiento faltante porque ya estaba bien; estuve por seis días aislada, pasa eso y me dicen que me tengo que retirar porque no existe espacio en el hotel, que ya estaba bien, pero me faltaba mi primera prueba negativa de control, como había demanda de pruebas no llegaba mi resultado a pesar que ya me habían sacado, los doctores me indicaron que me tenía que aislar en mi casa, pero vivo en una tienda trastienda por la zona del campamento Velarde, y en el transcurso de 28 días contagie a mi vecina de casa y mi amiga contagio a su hijita de tres años; ella tiene un hijo de 11 años al que no le contagió y se dio modos para aislarse en su casa. Al llegar a mi casa recibí el primer maltrato de una inquilina, la señora me prohibió que entre, me señaló que me vaya a otra casa, solo era una inquilina pero me trato mal, dijo que no entre que estaban cuidando la seguridad de los demás inquilinos.

Los doctores les explicaron que ya no podía contagiar porque recibí tratamiento y que solo tenía que cumplir el aislamiento de siete días para que pueda seguir con mi vida normal, pese a eso, la señora llamó a la gente del barrio, me dijeron que no salga de casa y que no abra la ventana ni mi puerta y, es más, ni que vaya al baño y acepté todo porque tiene dos bebés uno de 2 años y seis meses y uno de 11 años, pero no les contagié a ellos; acepté esa condición, además de recibir ese maltrato, de no poder entrar al baño ni sacar agua, no salí del cuarto por siete días, en el transcurso de los siete días me llamó la dueña de casa, se molestó, me trató mal como si fuera una lacra, como si cometiera un error, pero no lo hice; lastimosamente, me contagiaron en el hospital trabajando en mi área y sufrí mucho el maltrato y fue complicado, hasta llamé a radio Fides para quejarme que me privaron del baño, que me trataron mal; la dueña llegó desde Cochabamba para ver mi situación y ella le llamó la atención (a mi vecina), luego los vecinos se tranquilizaron. Ya pasé mi infierno, días de horror, de miedo, ahora sigo viva. Agradezco a Dios porque estoy bien, pero viví algo feo porque mis vecinos me trataron mal, hasta hacia mis necesidades en bolsas, en la madrugada había algunos vecinos que tocaban mi ventana y me decían si necesitaba alguna ayuda.

Lo más patético es que después que pasó el COVID, las mismas personas que me discriminaron y me hicieron sentir mal, me pidieron que done plasma para un pariente o para su compañero de trabajo, eso es lo más hipócrita que vi en mi vida, ahora la gente que me trató mal me trata bien.

Recibí ayuda de una psicóloga y un trabajador social, me ayudaron mucho haciendo seguimiento a mis hijos, ellos se fueron con sus papás, porque son de diferentes padres, estaba muy preocupada porque mis hijos nunca convivieron con sus papas siempre estaban conmigo, y me preocupe mucho por esa situación, el doctor Juan Pablo me proporcionó el apoyo psicológico.

No firmé ningún formulario de consentimiento (informado), después de los ocho días fui atendida por el SUS en el centro de aislamiento, luego me aseguré a la Caja por presión de mis compañeras manuales del Hospital Bracamonte.

Después de los 30 días que me aislaron, recién le hicieron la prueba de COVID a mi hijo de dos años, cuando ya estaba de alta, pero a mi hija no le realizaron la prueba a pesar que exigí mucho, pero le dieron un certificado de que pasó el COVID sin realizarle ninguna prueba.

En una primera instancia, en el centro de aislamiento del SEDES si me recibieron, pero cuando me aseguré a la Caja no me quisieron recibir, tuve que pedir la ayuda del trabajador social y la psicóloga para presionar a la caja con la prensa y recién me permitieron ingresar al Centro COVID.

## **TESTIMONIO N° 6**

### **COCHABAMBA**

Mi nombre es B.M. El 27 de junio de 2020 llevé a mi esposo, J.R.E.R., a la Clínica Copacabana con síntomas del COVID 19, donde antes de internarle le pidieron como requisito la prueba para el COVID 19, cuyo resultado dio positivo y recién le internaron, pero no le hicieron firmar ningún formulario ni le explicaron sobre el tratamiento que le otorgarían; estuvo internado tres días, le hicieron dos transfusiones de plasma híperinmune, a pesar de ello no mejoró y el médico me dijo que necesitaba terapia intensiva, pero que ahí no tenían espacio en la UTI y que debía llevarle a otra clínica, por lo que busqué en otras clínicas un espacio en terapia intensiva. Encontré lugar en la Clínica Los Ángeles, lo cual comuniqué a la Clínica Copacabana donde me dijeron que antes de llevarle a mi esposo a otra clínica debía pagar la suma de 21.000 bolivianos, que una vez pagada la cuenta hospitalaria recién me permitieron trasladarlo a la Clínica Los Ángeles, donde me pidieron un depósito previo (garantía) de 10.000 dólares, pero solo pude cancelar 5.000 dólares y días después completé el saldo faltante; al momento de internarle me hicieron firmar el formulario de consentimiento informado, donde hicieron constar el pago previo, pero no me informaron sobre el tratamiento. Estuvo internado en terapia intensiva durante 21 días y en el tratamiento que le otorgaron no usaron dióxido de cloro, pero si una inyección que se usaba para tratamiento de pacientes con COVID-19 en clínicas de la ciudad de Santa Cruz (no recuerda el nombre del medicamento).

El costo de la atención médica y tratamiento ascendió a 220.000 bolivianos, monto que debía cancelar para el retiro del cadáver y ante la imposibilidad de cancelar la totalidad, se suscribió un compromiso de pago en el plazo de cuatro meses, (quedó) el saldo de 120.000 bolivianos.

## **TESTIMONIO N° 7**

### **COCHABAMBA**

Soy A.D.C., el 11 de julio de 2020 le llevamos a mi suegro, el señor J.R.H., a la Clínica San Vicente con síntomas del COVID 19, antes de internarle nos pidieron una boleta de garantía por la suma de 5.000 dólares, documento que presentamos y recién le internaron; posteriormente, pedimos que nos informen sobre la medicación que le estaban aplicando y el estado de su salud, pero no nos dieron ninguna información, sugerimos el uso de dióxido de cloro, pero el médico se negó manifestándonos que no sería parte del protocolo de atención a pacientes con COVID-19. El día que falleció nos entregaron la liquidación de la cuenta que superó los 25.000 dólares, detallando los medicamentos que, supuestamente, habrían usado, evidenciando que usaron Ivermectina, asimismo, el sobreprecio en los medicamentos y honorarios de los médicos que superan el monto estipulado en el arancel del Colegio de Médicos; ante la imposibilidad de cancelar ese monto, se negaron a la entrega del cuerpo y solo después de haber firmado un documento de compromiso para el pago total en el plazo de tres meses, nos entregaron el cadáver.



## **TESTIMONIO N° 8**

### **COCHABAMBA**

Mi nombre es R.B.O., el 11 de agosto de 2020 llamé al Hospital Obrero N° 2 de la CNS porque el estado de salud de mi padre, el señor R.B.M. de 59 años, asegurado de la Caja Nacional de Salud, se complicó y por los síntomas que presentaba le enviaron una ambulancia para trasladarlo a dicho hospital, fue ingresado directamente al área para pacientes COVID 19, donde le hicieron firmar a mi hermana un formulario, indicándole que era para su internación, pero no nos dieron mayor explicación.

Estuvo internado en la sala de aislamiento durante cuatro días y debido a que se complicó su estado de salud fue ingresado a terapia intensiva, donde falleció el 16 de agosto de 2020 y cuando nos comunicaron, nos dijeron que contratemos los servicios de una funeraria para que se encargue de los trámites del entierro, ya que debía realizarse con todas las medidas de bioseguridad y sin velorio.

Durante el tiempo que mi papá estuvo internado en la sala de aislamiento, no recibió apoyo psicológico y tampoco mi familia, sucedió todo tan rápido que no supimos qué hacer, ya que tres días antes de su deceso falleció mi tía, también. con la enfermedad del COVID 19 en el Hospital Obrero, no duró ni una semana.

Quiero agregar que a mi papá y a mi tía, les recogieron personal del Hospital Obrero en ambulancias, no les negaron atención y a todos los que vivíamos con ellos en la casa, nos tomaron pruebas para el COVID.

## **TESTIMONIO N° 9**

### **COCHABAMBA**

Soy S.I.E.L., asegurada en la Caja Nacional de Salud, cuando empecé a sentir síntomas de la enfermedad del COVID-19, acudí el 19 de junio de 2020 al Centro Integral de Medicina Familiar "Manuel Asencio Villarroel" - CIMFA de la CNS, donde no me atendieron aduciendo que para recibir atención por COVID-19 tendría que estar en la lista de espera, razón por la cual me he automedicado y ante la persistencia de los síntomas, el 26 de junio de 2020 fui al Hospital Obrero N° 2 de la CNS, donde en triaje me otorgaron medicamentos como paciente sospechosa de COVID-19, pero al sentir la persistencia de los síntomas con mayor intensidad recurrí el 27 de junio de 2020n directamenten al área de COVID -19 del Hospital Obrero, donde hice fila para recibir atención desde las tres de la mañana, fui atendida a horas 17:00 aproximadamente. Pude evidenciar que no se cumple con las medidas de bioseguridad, puesto que el médico con los mismos guantes que atendía a un paciente sospechoso con COVID-19, se dirigía a otro paciente y procedía a su revisión exponiéndoles a un contagio. Ese día

me tomaron la prueba para COVID-19, pero no me dieron el resultado dentro el plazo establecido porque que en el trayecto de llevar los resultados al SEDES Cochabamba, las mismas se habrían extraviado y tuve que volver para que me realicen la prueba rápida dando positivo, por lo que me dieron medicamentos y me dijeron que me someta a aislamiento en mi domicilio, se me otorgó apoyo psicológico vía virtual a solicitud y mucha insistencia de mi parte.

## **TESTIMONIO N° 10**

### **SUCRE**

Soy J.L.P.A., no he recibido información o firmado algún documento de consentimiento en el Hospital San Pedro Claver, pues yo solo asistí a este centro de salud para la atención de otras enfermedades de base que tengo y ahí me dijeron que habría dado positivo al COVID 19. Yo radico y vivo solo en la ciudad de Sucre, por lo que ninguno de mis familiares pudo ser comunicado con algún documento de consentimiento.

Durante mi permanencia de recuperación del COVID 19 en el Hospital San Pedro Claver, no he recibido apoyo psicológico; sin embargo, este tipo de asistencia solo se la brindaba aquellos pacientes que se sentían desesperados y querían escapar de ese centro de salud.

Desde hace más de un año tengo otras enfermedades de base, por este motivo estoy asegurado al Seguro Universal de Salud SUS, con atención de especialidad en el Hospital Santa Bárbara, sin embargo, la atención se me fue negada en el mes de junio por eso recurrí al Hospital San Pedro Claver donde, posteriormente, se me otorgó el alta médica por COVID 19. No obstante, en el mes de julio de este año, por segunda vez se me negó la atención de mis otras enfermedades porque supuestamente este centro de salud estaba colapsado con atención de pacientes.

## **TESTIMONIO N° 11**

### **SANTA CRUZ**

Mi nombre es F.H.V. quiero testificar que al sentirme mal de salud, el 5 de junio de 2020 fui la Caja Nacional de Salud "400 camas" a hacerme ver y fui atendido por el médico, quien dispuso que me hagan las pruebas pertinentes (oxigenación, cardio-respiratoria, PCR y otros), luego me dijeron que inicie el tratamiento para el COVID-19 y me proporcionaron los medicamentos correspondientes, dándome la opción de que me quedara internado o me fuera a casa a hacerme el tratamiento, habiendo elegido irme a casa. Después de unos tres días me dieron el resultado positivo para el COVID-19 y, previamente, me hicieron firmar un formulario de consentimiento solo para que me hagan los análisis para el COVID-19.

En mi casa continué con el tratamiento con los medicamentos que, inicialmente, me dieron en la CNS (paracetamol, ibuprofeno y aspirina) y me dijeron que

me harían seguimiento por teléfono continuando el tratamiento con los medicamentos recetados, pero no volví a la Caja para que me proporcionen más medicamentos, me compré los mismos y otros medicamentos más que me recomendaba la gente, además de evitar la ingesta de grasas y frituras. Al cabo de un mes, aproximadamente, un médico de la Caja Nacional de Salud me llamó para preguntarme cómo estaba y a esa fecha ya me encontraba mucho mejor, pero en ningún momento me recomendó que fuera a recibir apoyo psicológico; por iniciativa propia fui al psiquiatra de la Caja Nacional porque tenía mucha ansiedad y depresión y el médico me recetó antidepresivos y ansiolíticos que me hicieron muy bien; entre en estado depresivo debido a que contagié a mis familiares y tuve que ayudarlos en su recuperación, correteando para el médico y a comprar medicamentos, mis familiares que se infectaron fueron mi cuñada, mi suegro, mi esposa y una de mis hijas. Actualmente, me quedan las secuelas de la enfermedad, como dolor de espalda, dolor de cabeza y de huesos (rodilla y tobillos).

## **TESTIMONIO N° 12**

### **SANTA CRUZ**

Soy R.R. vine desde el Municipio de Mineros con COVID-19, yo, mi esposo y mis dos hijos, tuvimos que peregrinar de clínica en clínica, donde me pedían 18.000 dólares para ingresar a mi esposo en la clínica ya que los hospitales públicos se encontraban llenos; por el Seguro lo iban a recibir a mi esposo en la Caja Nacional de Salud, pero me pedían un montón de papeles y me volví de nuevo a Mineros.

Iba y venía de Mineros, como loca con mi hijo también enfermo, yo me sentía mal, sin fuerzas, mareada, sin saber qué hacer y al final a mi esposo lo internaron en la Caja Nacional de Salud "400 camas", pero falleció. Recuerdo que me hicieron firmar unos papeles en la CNS que no los leí, no sé de qué se trataba. La empresa donde trabajaba mi esposo nos canceló todos sus beneficios sociales, cuando yo y mis hijos estábamos con el COVID-19 necesitábamos dinero para nuestro tratamiento.

Tratamiento psicológico de la CNS no tuvimos, solo el psicólogo de la empresa donde trabajaba mi esposo, le llamaba a mi hijo mayor, que era el pilar en ese momento en mi hogar ante el fallecimiento de mi esposo.

Quiero señalar que no recibí medicamentos de ningún centro médico, puesto que (en el hospital de Mineros, hospital de Montero) no había campo, todo estaba lleno de infectados; yo y mis hijos nos medicamos en mi casa sin recibir ayuda de nadie, sin poder salir a comprar ni alimentos puesto que todos estábamos infectados. De la Alcaldía de Mineros nos llamaron diciéndonos que nos traerían alimento los militares, cosa que nunca llegó. También acudí al SEDES para mi segunda prueba, puesto que ya el dinero se me había acabado porque cada prueba particular me la hacían por 1300 bolivianos y éramos tres los infectados en mi casa; el SEDES nos

hizo las pruebas en el Hospital El Remanso, pruebas que nunca llegaron, esto fue mi vía crucis junto a mis hijos, hasta que perdí a mi esposo, sus cenizas están aquí en mi casa.

### **TESTIMONIO N° 13**

#### **SANTA CRUZ**

Soy D.S.B., mis padres son personas de la tercera edad, lamentablemente, en Trinidad se contagiaron de COVID, por lo que tuvimos que trasladarlos a esta ciudad, los internamos en la Clínica Foianini en donde solo les pidieron sus documentos de identidad para registrarlos, también les pidieron garantía de 20.000 dólares a cada uno, pero hace un tiempo mis padres adquirieron un seguro que cubre todo, por lo que no cancelaron ese monto que solicitaban. El seguro que adquirieron mis padres y que les ofreció la clínica fue de 10.000 dólares por ambos, que eso era el pago de la franquicia de la aseguradora.

Al ingresar a la clínica, a mis padres les hicieron firmar documentos como pacientes, en su tratamiento no se utilizó ni se solicitó el dióxido de cloro.

Solo hemos tenido dificultades cuando se complicó la salud de mis padres, no se les quería colocar el plasma pese a que mi persona había indicado que firmaría el consentimiento informado, solo con la intervención de ustedes (Defensoría del Pueblo) se les colocó, para ello realizaron la consulta al Banco de Sangre y recién les colocaron el plasma a mis padres.

Cuando les dieron de alta, solo les indicaron los protocolos de bioseguridad y también recomendación post alta médica (fisioterapias, quedarse en casa, muchos cuidados por el tema de posible re infección), no se les hizo ningún cobro adicional, el seguro cubrió todo el tratamiento de mis padres, solo tuvieron que pagar 10.000 dólares como pago por franquicia del seguro, de ahí en adelante el seguro corrió con todos los gastos.

### **TESTIMONIO N° 14**

#### **SANTA CRUZ**

Mi nombre es P.F., a mi papá le dio COVID-19, al inicio lo atendieron en el Hospital de Camiri, pero tuvieron que evacuarlo a Santa Cruz y en la ambulancia vinieron tres enfermos más y tuve que aceptar si o si porque no había de otra; llegando lo destinaron al Hospital de la Pampa de la Isla, pero cuando llegaron resulta que no había cama para los tres y desde ahí la ambulancia fue a más de cuatro hospitales con los tres pacientes, desde las dos de la mañana hasta las ocho de la mañana, buscando donde puedan internarlos, hasta que en el Hospital Los Pocitos (Plan 3000) lo internaron a mi papá, pero los medicamentos los tuvimos que comprar porque el hospital no nos proporcionó nada, incluso los laboratorios tuvimos que pagar. Mi padre estuvo internado más de un mes hasta que falleció en el hospital,

donde lo cremaron ahí mismo, costo que tuvimos que pagar a parte. Cuando lo internaron firmé un papel para que lo internen, pero no leí por la prisa de que de una vez lo internen y lo atiendan, mi papá era adulto mayor.

## **TESTIMONIO N° 15**

### **SANTA CRUZ**

Soy F.H., a mi suegro, F.M.Q., le dio COVID-19, el 7 de junio de 2020 empezó con los síntomas de dolor de cuerpo, fiebre y otros, ante esa situación lo llevamos al centro médico privado "Prosalud", donde le atendieron y le hicieron una tomografía pulmonar y confirmaron que tenía COVID-19 y neumonía en estado grave y le dieron el tratamiento correspondiente para hacerlo en su casa.

Después de unos días se volvió a poner muy mal y tuvimos que llevarlo al Hospital Público "San Juan de Dios" donde fue ingresado e internado por un día y medio, pero mi suegro no quiso quedarse internado y tuvimos que firmar alta solicitada para sacarlo y llevarlo a su casa, esto debido a que se encontraba en una camilla en emergencias, en condiciones no adecuadas, sin oxígeno ni atención médica adecuada, tal vez no había espacio para que entre a sala.

En la casa siguió el tratamiento recomendado y tuvimos que comprar dos tanques de oxígeno, un nebulizador, un oxímetro y silla de ruedas, pero al deteriorarse mucho su salud, de emergencia lo llevamos al Hospital Japonés donde le negaron la atención médica, indicando que no había espacio; luego lo llevamos al Hospital Juan San de Dios, nuevamente, de igual manera no lo recibieron; lo llevamos a la Clínica Figueroa tampoco lo recibieron; finalmente, lo llevamos al Hospital de La Pampa de la Isla y mientras esperábamos afuera falleció el 17 de junio de 2020. Posteriormente procedieron a extendernos certificado de óbito, con ese documento y a petición de mi suegro, lo llevamos a enterrar al Cementerio Municipal de Portachuelo.

## **TESTIMONIO N° 16**

### **BENI**

El 4 de mayo sentí un escalofrió, dolor de cabeza y mareo y durante cuatro noches estuve con ese malestar, después como ya estaba fuerte la pandemia de COVID en Trinidad, fui al médico, pero, lamentablemente, en la Caja Nacional no había atención, no atendían los médicos, no hallaban donde atender porque había bastante gente y además que no habían médicos, por eso tuve que volver nomás a mi casa y empecé a tomar los remedios caseros, el eucalipto con manzanilla, limón a cada rato tomaba y sobre todo tomaba una aspirina diaria, eso era lo que un poquito me tranquilizaba porque la fatiga me empezó a molestar. Después de tres días ya se me pasó el escalofrio, hacia baos con eucalipto, mentisan y así fui pasando una semana, después de dos semanas seguía con ese malestar, no podía dormir, me quería ahogar, me quería asfixiar pero tomé aspirina e hice los baos todos los días, con manzanilla y limón.

Cuando fui al hospital me dijeron que no había atención, que ni en el CINFA estaban atendiendo y que no había un lugar, que recién estaban construyendo el domo para atender el COVID, me dijeron que me vaya a mi casa y que trate de tomar remedios, pero tampoco me dieron los remedios porque no había ni farmacias, la farmacia también estaba cerrada, no había atención. Gracias a un médico amigo conseguí los medicamentos, unos medicamentos que, posiblemente, eran los que tenían que evitar la infección. Luego fui al centro COVID Trinidad, no había atención porque no había espacio, en ningún otro hospital pude ser atendido, cuando ya pasó todo esto de la pandemia, recién en el centro centinela COVID me hicieron los rayos X y ahí vi que ya tenía bastante avanzada mi neumonía, porque lo que me dió después del COVID fue neumonía y ahí recién me dieron un tratamiento con todos los medicamentos y antibióticos, de esa manera es que yo he podido salvarme, ha sido complicado pero con los remedios caseros y la atención en mi casa hemos podido salvar esta pandemia. En el centro centinela me brindaron atención y medicamentos, aclaro que no me hicieron firmar nada, solo me atendieron.

Jamás me ofrecieron ayuda psicológica, ni charla educativa del COVID, nunca llegaron al domicilio, no porque, automáticamente, cuando yo me sentí mal, incluso de mi trabajo me dieron el permiso para aislarme en mi casa, porque no pude ir ni a trabajar solo empecé a trabajar desde de mi casa vía teléfono y vía computadora por dos meses, jamás me visitó una brigada médica, a mi domicilio nunca llegaron.

## **TESTIMONIO N° 17**

### **BENI**

Cuando ingresé al Hospital Obrero firmé un formulario, no me lo leyeron ni explicaron, solo dijeron que era algo relacionado con el tratamiento, para que esté consciente del tratamiento y medicamentos que me iban a colocar. En ningún momento, nunca apareció ningún psicólogo.

Cuando salió la prueba rápida de COVID positivo, inmediatamente, se desligaron de mí y me enviaron al domo, me dijeron que no me podían atender ahí porque estaba con coronavirus.

En el domo me pusieron un suero, no sé qué remedios me ponían ahí, yo estaba muy mal, pero no me trataron bien, yo no podía pararme ni nada de nada, no había quien me socorra ni me ayude, cuando yo les decía me duele el estómago y me veían ahí vomitando, me decían ya le va pasar; yo creo que ya me habían puesto los medicamentos, pero yo no estaba muy consciente de eso.

Necesitaba ayuda porque no podía manejarme sola, pedí que entre un familiar para que me ayude, pero me dijeron que no se podía, que el que entraba ahí ya no salía.

Tuve miedo, temor por mi vida porque nadie ahí me socorría, ahí habían otros pacientes que gritaban y nadie los veía, pedían agua y rara era la vez que se acercaba una enfermera para darle agua o lo que necesitaba.

Me sentía sola, había una ventana abierta y yo miraba para ver si alguien se aparecía algún familiar.

En mi casa me sentí mejor porque recibí ayuda de mis hijos, de mi familia, por eso le digo a los médicos y enfermeras que se fijen en sus pacientes y traten a sus pacientes como humanos con calidad y calidez al mismo tiempo.

## **TESTIMONIO N° 18**

### **PANDO**

Mi nombre es A.CH.R., tengo 80 años, lamentablemente me tocó pasar por la enfermedad del COVID 19, sin embargo agradezco a Dios que pude sanarme, aunque a la fecha sigo en recuperación, pero cada día me siento mejor.

Cuando estuve internado en la Caja Nacional de Salud no me informaron nada respecto al formulario de consentimiento informado, ni tampoco firmé nada, ni a mi familia le hicieron saber sobre ese formulario. Tampoco recibí apoyo psicológico, el único que iba diariamente a verme era el médico que hacía la visita médica.

Inicialmente acudí primero al CIMFA, luego me internaron en la Caja Nacional de Salud ya que tengo seguro, en ninguno de los dos me negaron la atención; la atención que me brindaron fue buena siempre.

## **TESTIMONIO N° 19**

### **PANDO**

Me llamo G.C.B.S., me dio la enfermedad del COVID-19 cuando estaba embarazada. Cuando fui a hacer mi control prenatal me detectaron que tenía fiebre altísima y estaba mal de mi cuerpo; del centro de salud me llevaron al Hospital Roberto Galindo Terán. En el hospital no me querían atender, me tuvieron como una hora fuera y después que entré nadie se quería apegar a mí, nadie me quería atender. Me sentía discriminada, me tuvieron de dos a tres días en el hospital, luego me llevaron de noche al centro centinela Perla Del Acre.

La primera semana me atendieron bien, luego la segunda semana tuve mala atención. No querían ir los doctores a escuchar el corazoncito del bebé, a veces me hacían la revisión médica, sólo a veces, no iban todos los días, luego me llevaron a la piscina olímpica que también era centro COVID-19.

En la piscina sólo había un doctor que atendía, pero no iba todos los días, solo cuando uno estaba grave. De ahí me dieron de alta y me trajeron a mi casa y al otro día vino



la ambulancia y me llevaron al Hospital Mesutti COVID-19 porque todavía no habían llegado los resultados de la segunda prueba del COVID. En el hospital Messuti estuve aislada igual.

Mi situación fue uno de los primeros casos de embarazo que entraron al Messuti, y ahí tampoco me atendieron bien, me dieron mala atención. Incluso, cuando me iban a dejar medicamento no llegaban todos los medicamentos completos, lo que llevaba mi marido y mi mamá tampoco llegaba o cuando me mandaban comida.

Por mi condición de embarazada y con COVID-19, pasé por todos los nosocomios públicos para la atención de esa enfermedad, pero nunca me informaron de ningún formulario de consentimiento informado, tampoco a mi mamá ni a mi marido les hicieron saber sobre eso. Cuando estaba internada en el hospital Roberto Galindo, en la piscina, en el Messuti y en el Perla del Acre, nunca recibí apoyo psicológico, tampoco luego que me dieron de alta.

Al inicio negaron la atención en el Hospital Roberto Galindo y en el Hospital Messuti COVID-19 porque tuve derrame de líquido y tardaron en ir los doctores a atenderme. Dos veces tuve derrame de líquido. Cuando yo les avisé, como una hora tardaron y cada vez que yo preguntaba sobre mi última ecografía, nunca fueron hacerme ecografía porque decían que no querían contagiarse COVID, me sentí discriminada.

## **TESTIMONIOS DE FAMILIARES DE PACIENTES COVID 19**

### **FALLECIDOS**

#### **TESTIMONIO N° 1 LA PAZ**

Me llamo J.L.C., mi padre falleció el 17 de julio, los de la funeraria le llevaron como sospechoso de COVID-19, pero en el certificado de defunción se registró como pulmonía crónica. Mi papá falleció en la noche, llamamos a todo el mundo y nadie nos respondía, todos se tiraban la bolita, “que llame aquí, llame allá”, así. Hemos ido primero al Hospital de la Portada y nos dijeron que necesitaba la prueba de COVID-19 para poderle atender a mi papá; luego bajamos al Hospital Juan XXIII donde no nos quisieron ni atender, y mi papá empezó a empeorar, se desmayó y se cayó; después de que llamamos a uno y otro lugar, buscamos oxígeno, cosa que llegó tipo tres de la mañana, mi papá ya estaba agonizando y murió tipo cinco de la mañana. Llamamos a la FELCC, Radio Patrullas 110, PAC a Bomberos incluso, como le digo nadie nos atendía.

El 17 de julio vino Homicidios, tipo una de la tarde, para eso nosotros ya habíamos llamado a la funeraria; en la madrugada llamamos a SEDES para saber qué teníamos que hacer y no vinieron en ese momento, llegaron a las nueve

de la noche del 17 de julio. Mi papá falleció a las cinco de la mañana y recién vinieron a las nueve de la noche a sacarle la prueba de COVID 19, y nos dijeron que busquemos funeraria, nos preguntaron si ya teníamos funeraria y les dijimos que sí habíamos conseguido, o sea todo el día estábamos con mi papá esperando. Luego de que los del SEDES le sacan la prueba vinieron los de la funeraria a eso de las 10 de la noche para llevárselo, no nos pidieron ningún requisito, solamente su carnet para anotar los datos, después de eso se lo llevaron y al día siguiente tenía que ser el entierro.

El día sábado 18 de julio, nos llaman y nos dicen que no tenían certificados de defunción porque no había médico forense y programaron para el día domingo el entierro. Ya llegando el día domingo, la funeraria nos cita a las 12 del mediodía en el cementerio y nos dicen que mi papá iba a llegar en los carros y que ahí nos teníamos que despedir con un cierto distanciamiento, pero llegado el domingo el carro fúnebre se ha entrado directo a cremaciones, y mi papá estaba ahí y habían tres o cuatro cuerpos. No nos ofertaron la cremación, solo nos dijeron que como era sospechoso de COVID-19 tendría nicho, nos cobraron 6.500 bolivianos.

Cuando el carro fúnebre se entró, llamamos al administrador y nos dijo que ya estaba dentro (mi papá) nosotros esperando afuera para despedirnos de lejos de mi padre, no nos mostraron ni el cuerpo ni nada; luego de eso, la funeraria nos dice en tres días "vengan a recoger sus documentos y ahí hacen la cancelación". Cuando fuimos, la persona que nos había atendido no estaba y no sabían dónde estaba mi papá, nos han dado el recibo y la factura de cuánto nos han cobrado, pero no sabíamos dónde estaba mi papá, nos dijeron vengan la siguiente semana les vamos a dar el croquis de dónde está su papá. Fuimos y me dijeron que me iban a mandar por WhatsApp pero ya son tres meses y no me mandan, les llamo, les insisto y no me (informan) nada hasta ahora. No sé dónde está mi papá enterrado.

## **TESTIMONIO N° 2**

### **EL ALTO**

A mi mamá le empezó a dar un resfrío fuerte, nosotros no pensábamos que era COVID, (pensamos) que le iba a pasar como siempre, le solía dar un resfrío fuerte y luego se le pasaba, claro cuidándose, pero esta vez no fue así; como no sabíamos que era COVID 19 lo que tenía, ella fue un martes al hospital, estaba asegurada en la Banca Privada, le dolían sus pulmones, fue a perderse todo el día al hospital y no le atendieron hasta al final de la tarde. El doctor le había dado unos medicamentos y una inyección para que se haga colocar, en lo que estaba esperando se puso mal, le dio una tos como de media hora, entonces los doctores decidieron internarla, al parecer no había cuartos disponibles y la dejaron en camilla como un día y medio, después le subieron al cuarto (habitación), pero no la cuidaban bien y tan poco le alimentaban; le subieron a los cuartos donde están por sospecha de COVID, ese mismo día le hicieron la prueba de COVID, estaba

aislada en el Hospital, las enfermeras no se acercaban mucho porque cuando le subieron a piso mi hermano iba a visitarla y veía cómo eran las enfermeras con ella; pasaron como tres días y le pusieron oxígeno porque dijeron que sus pulmones ya no podían respirar, un sábado se puso mal y no tenían máquina para ponerle en terapia intensiva y le llamaron a mi hermano para decirle que si no se encontraba el aparato podía fallecer, que solo le daban 24 horas de vida.

Al final de la tarde encontraron el aparato y se fue a terapia intensiva, ahí estuvo como nueve días más o menos, no recuerdo bien, pero desde que entró ahí no nos dejaron verla y no podíamos saber de ella, solo teníamos que llamar para preguntar cómo estaba, teníamos una hora para llamar, nos informaban que estaban esperando a que pueda mejorar, así pasaron los días y los doctores no nos pidieron plasma, nosotros rogamos para que le pusieran el plasma, los doctores creo que esperaban a que estén muy graves para ponerles el plasma; al último, después de tanta insistencia, nos dieron el permiso y pudimos ir a tramitar el plasma, nos dieron y le pusieron a mi mamá y al día siguiente falleció como a las 10:10 de la mañana; solo en ese momento nos llamó el doctor para comunicarnos, después fuimos en la tarde al hospital para ver si podíamos verla, ningún doctor nos dio la cara siquiera, nadie nos explicó cómo falleció mi mamá o cuál fue el motivo por el que había empeorado y ahora nos encontramos desconsolados.

### **TESTIMONIO N° 3**

#### **ORURO**

Para la atención a mi padre hemos visitado dos hospitales de la Caja Nacional de Salud, el Obrero y el Policonsultorio 10 de Febrero; una semana antes de su fallecimiento le dieron medicación solo para bajar su fiebre, los médicos no le dieron importancia a los síntomas que tenía.

Mi hermana se hizo cargo de atenderlo y medicarlo, mi padre mejoraba pero él se descuidó, se duchó, empeoró y recayó, fue en ese instante que lo ingresamos al hospital Obrero, lo aislaron y no teníamos comunicación, solo vía teléfono, no permaneció ni una semana y falleció el 13 de julio.

Recibimos una llamada del médico que lo atendía, no recuerdo su nombre, era para entregarnos sus cosas personales y necesitaban la presencia de un familiar, debíamos cumplir protocolo para recoger el cadáver, mientras el cuerpo permanecía al interior del hospital. El 14 de julio realizamos el contrato con la funeraria para que se haga cargo, también fuimos a la Alcaldía para la cremación porque era ex funcionario del municipio, nos dieron permiso, autorizaron para el 15 de julio la cremación, pero los hornos colapsaron, a pesar del permiso escrito no nos pusieron en lista.

La comunicación que teníamos fue permanente con los administradores del cementerio, para que nos avisen y nos den fecha para la cremación, lo que fue

postergado. El 16 de julio nos apersonamos al Hospital Obrero a consultar si el cuerpo se encontraba, por los rumores de que iban a ser enterrados en fosa común, y recuperar el cadáver, nos informaron que era falso, que era el caso del Hospital General, no quisieron brindar mayor información. Seguimos con la consulta ante la administración del cementerio y no había atención de crematorio hasta el 25 de julio, nos decían que sí se había superado el problema, que se iba a continuar la cremación de cuerpos, entonces nos señalaron para el día martes 21 de julio para que sea cremado a las siete de la mañana y ya dejamos de insistir.

El día lunes 20 recibimos llamada de la Funeraria Morales indicándonos que el cuerpo no estaba, que funcionarios de la Caja les comunicaron a los familiares y que nosotros conoceríamos donde hubieran sido depositados los cuerpos y que hubiéramos aprobado y conocíamos del destino. Por la tarde, a horas 14:00, ingresé a consultar al hospital (no recuerdo el área), donde nos informaron que solo había algunos cuerpos ya que fueron trasladados a otro sitio y había cuerpos de data antigua, algunos desprendían fluidos fuera de la puerta de la morgue. Me sugirió que debía volver y preguntar al Director y consulté a otro funcionario que me dijo que fueron dejados en un basurero, que debía hacer mi reclamo, refiriendo que el domingo 26 los hubieran trasladado a las tres de la madrugada y depositados en un basurero en la zona norte, sugiriéndome que haga el reclamo que no era el único caso.

Fue frustrante que luego de haber realizado tantas gestiones, no saber de la existencia del cuerpo de mi padre al igual que otro caso que escuchamos, era un padre que su hijo era (médico) se había contagiado cuando trabajaba en el hospital y falleció, su padre dijo que también se encontraba perdido su cuerpo.

Poco a poco se conformó un grupo de familiares que reclamaban, y el abogado del Hospital salió a informarnos que habíamos sido notificados y convocados vía teléfono y que conocíamos del traslado al sitio, todos nos sorprendimos y coincidimos en que a nadie se nos había comunicado.

Por eso se realizó la movilización de todos los familiares y ante la falta de atención de la Caja y la Alcaldía, intervino el Ministerio Público junto a la Defensoría del Pueblo, todavía nos condicionaron para que se haga presente solo un familiar, así fuimos y encontramos el cuerpo de mi papá A.V.CH., y después de 24 horas trasladaron el cuerpo al Cementerio General depositándolo en el edificio de los notables y al día siguiente lo cremaron.

Otra complicación que tuvimos fue con el trámite de la Funeraria Morales, nos ofreció sus servicios por la suma de 2.500 bolivianos, por el trámite del certificado de defunción, trámite ante el SEDES, féretro, urna y transporte del cuerpo con todas las medias de bioseguridad, contrato que nosotros, ante lo sucedido, rescindimos y se canceló la suma de 2.000 por los servicios que nos brindaron.

Sin embargo, en relación al pago del uso del cementerio nos dijeron que iba a ser la suma de 2.000 bolivianos, pero por ser ex funcionario de la Alcaldía se solicitó el derecho a cremación gratuita y logramos acogernos a ese beneficio.

Mi familia fue testigo que en esta emergencia del COVID-19 hubo falta de espacio en el cementerio, llegando por eso a ser enterrado (mi padre) en fosa común en principio, porque además nos habían informado que el horno era solo uno y estaba saturado, y habían familias que tenían sus difuntos en sus casas, además que estaba en malas condiciones y no éramos los únicos, que las fechas estaban llenas y en espera, lo que imposibilitó la pronta cremación después de pasar por esos momentos de angustia.

#### **TESTIMONIO N° 4**

##### **POTOSÍ**

Mi nombre es B.T.V., el caso de mi esposo ha sido un caso muy singular porque, lamentablemente, el día que falleció no me dejaron ni siquiera reconocer el cadáver, no me han dejado bajar a la morgue, no nos han permitido ni acercarnos, nos han pedido que tengamos distancia, que nos tenían que entregar el certificado de defunción y teníamos que contentarnos con eso; el calvario más grande que hemos podido pasar fue que nos entregaron otro cadáver, no podíamos ver ni siquiera la cara, no pudimos reconocer, estaba empaquetado en una bolsa como cualquier objeto, no han tenido ningún cuidado, los de la Caja jugaron con nuestro dolor, las personas que tenían que preparar los cadáveres no los han preparado. A los 10 minutos de salir del cementerio me enteré que el cadáver de mi esposo seguía en la morgue, las mismas autoridades de la Caja no nos permitieron ingresar, nuevamente, a la Caja para poder reconocer el cadáver; nos privaron de toda situación, pero con la rabia y la impotencia que sentimos, no lo pensé dos veces agarre el traje de bioseguridad de mi esposo (él era del sector salud) y entré por la puerta principal a emergencias y fui a dar la vuelta por todo el hospital para poder reconocer el cadáver de mi esposo, en la puerta de la morgue no me dejaron ingresar, pero por la desesperación pasé cualquier etapa de seguridad y llegué, pude ver que mi esposo continuaba ahí en la morgue, sin ningún tipo de cuidado, no estaba en ninguna bolsa, no se encontraba preparado. Inmediatamente, pedí al Director de la Caja y al de epidemiología saber en qué condiciones mi esposo había fallecido, vi que a mi esposo, a pesar de ser del sector salud, no le han prestado la atención necesaria, muy doloroso y trágico, no le han dado los medicamentos necesarios para que él pueda recuperarse, ese día tampoco le hemos podido dar cristiana sepultura, al día siguiente que volvimos a ir para poder sacarlo de la morgue con el nombre respectivo, tampoco nos han permitido entrar a la morgue, ante la insistencia nos permitieron ingresar.

Hemos sufrido el dolor de haber perdido un ser que realmente amábamos, nos han negado ingresar al panteón por lo menos para ver dónde, en qué lugar le iban a enterrar a mi esposo y como familiares continuamos con ese dolor, no

encontramos paz y tranquilidad porque es difícil pasar por esta situación y más aun viendo cómo nuestros familiares han ido pereciendo con esta enfermedad, hasta ahora no sabemos dónde ha sido enterrado; ni el administrador del cementerio ni otra autoridad nos dice el lugar exacto donde está enterrado y ese es un dolor que no podemos describir, dolor e impotencia con esta enfermedad; no solo ha sufrido mi esposo sino también nosotros, hemos sido rechazados por familiares y vecinos, nosotros no hemos salido a buscar la enfermedad mucho menos mi esposo, él estaba en primera línea trabajando, lamentablemente, se ha contagiado pero no podemos describir lo que ha sufrido mi esposo, lo que ha podido sufrir, no sabemos en qué momento se ha contagiado; el repudio de esas personas causa más dolor, el calvario no ha culminado con la muerte de mi esposo, continuamos con el calvario, la impotencia de haberlo visto fallecer en esas condiciones y, en lugar de que la gente nos apoye o ayude, más al contrario, nos hunden más en el dolor que estamos viviendo actualmente. Personalmente no quisiera que otra persona sufra, nosotros hemos enterrado a un cadáver pero nos avisaron que era otro cadáver el que habíamos enterrado, hasta ahora no sabemos el lugar exacto, nadie nos da una respuesta clara y concreta y no solamente es mi caso, hay muchas personas más, y continuamos con esa desesperación porque no sabemos dónde llevar flores.

Lamentablemente, hemos confiado en esa funeraria, pero las condiciones de manejo de un cadáver eran muy precarias debido a que se los baja de las salas a la morgue para que venga la funeraria y los embalsame, no habido una buena coordinación ni por la Caja ni por las funerarias, nos han obligado a contratar esa funeraria, no han utilizado los protocolos para poder mover los cadáveres, las bolsas que nos daban las funerarias eran precarias, hemos tenido que comprar otra bolsa de la misma funeraria ósea no cubrían nada, ni para nosotros como familiares; el día del entierro lo propio, no le ha dado la gana al administrador, en ese momento con tanta rabia y dolor ignoramos algunas situaciones, tenemos dudas hasta el momento, ni siquiera los han enterrado dignamente, la pala mecánica ha excavado donde ha podido y, solamente, habían tres personas, dos de la funeraria y una del cementerio, aun así el administrador brillo por la ausencia. Necesitamos que nos respondan dónde y cómo están enterrados, nos den un lugar exacto, pero el señor administrador se niega, que tengan un poquito de corazón para que nos den a conocer dónde están enterrados, han fallecido varias personas y sé que pasan por lo mismo, queremos cerciorarnos dónde está el cuerpo de nuestro ser querido.

La primera funeraria hemos pagado 2.500 bolivianos, por un cajón, se pudiera decir, no de buena calidad, de una madera pésima, la segunda hemos pagado 3.500 bolivianos, y por ende hemos tenido que cancelar dos veces la funeraria se ha confundido de cadáver, así lo ha confirmado la Caja; la pregunta es dónde estaba el cuerpo de mi esposo, no estaba en la morgue, las autoridades se molestaron, no dan explicaciones, no tengo respuesta de la funeraria que se lava las manos; la morgue es pequeña, pero en ese lugar tan pequeño que se pierda el

cadáver es algo que nadie puede creer, que pasó con mi esposo, por qué nos han entregado otro cadáver, eso es raro, hemos peregrinado mucho.

En primer lugar, lo que hemos vivido es muy estresante para todos, lamentablemente, me tocó vivir esta situación en carne propia, cómo mi esposo ha sufrido porque no existían las medidas de seguridad y, más aun, no les han dado la protección necesaria para que pueda estar cubierto; nosotros hemos hecho confeccionar sus trajes nadie les ha donado, las autoridades se han olvidado por completo, se ha vivido mucho estrés por no contagiarnos, mi esposo ha cumplido con todas las reglas de bioseguridad hasta en el domicilio por cuidarnos; lamentablemente, no se sabe en qué momento ni cómo se ha contagiado, el personal de salud está sufriendo, mi esposo ha sufrido, pero ni el SEDES lo ha colaborado en su fuente laboral, le han hecho trabajar estando enfermo hasta que no tenía voz, lo único que nos pedía era baja médica, vinimos al SEDES donde le han cerrado la puerta, no nos han colaborado; me arrepiento en qué momento le he llevado a la Caja, lo único que hacían era darle ibuprofeno.

El 20 de julio hemos estado desde las nueve de la mañana y hemos salido a las 13:30 de la Caja, lo único que mi esposo repetía era que le tenían que dar baja médica, después de dos días recién iba salir la prueba, tratamos de darle algo en casa estaba todavía bien, el miércoles empeoró, ya no estaba saturando oxigenación, se volvió morado, la lengua y boca azul, a las 18:00 llamé a la Caja e informé que estaba mal. Desde las 19:00 hemos peregrinado, no le han dado oxígeno, en emergencias nadie me colaboraba, yo le he desvestido, le he puesto a la cama, me dijo salga y les dije que no puede hablar y me votaron, casi a la una de la mañana he llegado a mi domicilio. Al día siguiente, mi esposo me dijo que estaba mal, que le habían dado tarde el oxígeno y que le habían vuelto a quitar; en ningún lado me lo querían recibir, hablé con todos, pero todos me pedían la prueba del COVID, rogué, imploré, continuaba buscando un lugar para llevar a mi esposo y me enteré que había fallecido de la peor manera, inhumanamente; les dije que si necesitan medicamentos yo los iba a comprar pero nada, mi esposo por quererse salvar se ha parado de la cama y se ha caído, porque no tenía oxígeno le dio paro respiratorio, nada han hecho, prácticamente, lo han dejado morir, no sé ni cómo y cuánto ha sufrido; no había oxígeno si le han quitado para otra persona, si hubiera tenido los cuidados necesarios ahora mi esposo hubiera estado con vida, no voy a recuperar a mi esposo es algo que nunca vamos a poder recuperar, hemos confiado en una institución que no nos ha ayudado hasta el último día, hasta de muerto no me lo han respetado. Pedí a la doctora que no juegue con el dolor de los familiares ni de los pacientes porque todos somos humanos, si vamos a un hospital no es para que nos dejen morir, han estudiado para salvar vidas no para matarlas, a mi esposo lo han dejado morir; pediría a todas las autoridades que inviertan en salud ya que no estamos preparados para poder afrontar, lo más loable era proteger al personal de salud, hemos confiado a la Caja a un ser querido y nos han entregado en una bolsa como si fuera cualquier cosa, cuando entra un paciente se olvidan si son doctores o policías, se han olvidado de todo.



Mi hijo era muy pegado a mi esposo y ahora dígame qué le digo, cómo le voy a decir a mi hijo que a su papá nunca más lo vamos a ver, él tiene seis años y le rogaba que no vaya a trabajar; mi esposo si tenía que trabajar 24 horas lo hacía, era una persona muy trabajadora, lo que él ha hecho por otras personas no lo han hecho por él.

Se lo ha enterrado a mi esposo en dos oportunidades por error de la Caja y la funeraria, pero no saben dónde y eso es algo preocupante, nadie te da respuesta, no sabemos dónde ponerle flores y el administrador del cementerio, como dije, no le da la gana de darnos el lugar; nos dieron una supuesta dirección, pero no está ahí. En el tema de cremación no puedo referir ya que fue enterrado mi esposo, en cuanto al entierro digno como manifesté, tuvimos que comprar otra bolsa porque la que nos daban era la peor; no hay entierro digno porque después de haber sufrido hemos vivido otro calvario cuando se equivocaron de cuerpo.

### **TESTIMONIO N° 5**

#### **SUCRE**

Mi nombre es R.F., mi hermano menor murió el domingo 26 de julio, el lunes 27, durante la mañana, vino personal de salud del SEDES y un fiscal, me indicaron que se apersonaría personal especializado a realizar el levantamiento de cadáver, lo cual sucedió en horario de la noche, aproximadamente, a horas 21:30, por un equipo de la Funeraria Valdez. Posteriormente, un equipo del SEDES me indica que mi hermano está en la morgue y que permanecerá ahí hasta su cremación; pasó más de una semana y media, después de tanta insistencia y denuncias al SEDES, recién lograron cremarlo. No se logró establecer si mi hermano tenía COVID-19, pues no nos notificaron si murió por COVID 19 o por qué motivo.

### **TESTIMONIO N° 6**

#### **COCHABAMBA**

Mi nombre es C.C., mi padre, el señor D.B.C.C. de 58 años, fue internado el 27 de junio de 2020 en medicina interna del Hospital del Sud, posteriormente, fue ingresado a terapia intensiva donde falleció el 2 de julio con el diagnóstico de COVID-19; debido a que en el Cementerio General no les atendieron porque había mucha demanda, conseguimos un espacio en el cementerio privado "Concordia" y contratamos una funeraria para que se encargue de los trámites y entierro por un costo de 4.500 bolivianos.

### **TESTIMONIO N° 7**

#### **PANDO**

Mi nombre es D.M.V.C., mi papá fue el señor G.V. y en el mes de junio recibí una llamada en la que me indicaban que las hermanas de mi papá lo encontraron sin vida en su cuarto, ese mismo momento fui y cuando llegué ya estaba el personal del

SEDES y de la FELCC. Ellos me indicaron que encontraron unas pastillas para la tos o algo así, por lo que ya lo daban como una persona sospechosa de COVID-19, pero en ningún momento me entregaron una prueba que determine a mi padre como paciente positivo de COVID-19. Posteriormente, el personal de la FELCC me indicó que ante la inexistencia de signos de violencia contra mi padre, ellos se retirarían. De igual manera, el personal del SEDES se retiraría dando como paciente fallecido por COVID-19. Solo una persona del COE del municipio me entregó unas bolsas y me dijo que yo tendría que embalar a mi papá y ponerlo en un cajón para que los de SEMASUR puedan llevárselo al cementerio COVID. Sin embargo, yo le dije que no podía hacer ese recojo, porque mi papá era una persona con sobrepeso y era alta y no me iba a ser posible poder cargarlo yo sola, además, peor si estaba con sospecha de COVID-19. Eso sucedió a las tres de la tarde, en la noche llegó la unidad de SEMASUR con toda la predisposición para poder hacer el recojo de mi papá, sin embargo, al momento de ingresar ellos verificaron que no podía hacerse este recojo porque mi papá ya estaba prácticamente en estado de descomposición y dijeron que no se podía. Intentaron dos veces, no pudieron y de esa manera yo empecé a llamar a personal del SEDES, porque yo creía que esa era la responsabilidad de ellos, de poder hacer el recojo, si lo estaban dando como sospechoso de COVID. Me tenían entre vueltas y vueltas, estuve toda esa noche, al día siguiente recién llegó un doctor del SEDES, entonces recién noté que se preocupó y llamó a las demás personas para que, junto a dos personas expertas, realicen en el recojo de cadáver que ya se encontraba en estado de descomposición.

Me enteré que él había fallecido entre las tres y cuatro de la tarde, tuve que ir allá y toda esa tarde, noche y al día siguiente, recién pudieron trasladarlo al cementerio COVID.

Sobre el cementerio COVID, no me han pedido nada respecto a lo económico, solamente me dijeron que si yo gustaba podía acompañar, aunque bajo mi responsabilidad porque había personas enterradas que sí habían dado positivo. Con relación a la funeraria, me tuve que comprar un cajón y mi papá no entraba porque estaba muy hinchado, no lo pudieron meter al cajón. Me han pedido 4.000 bolivianos por adelantado si quería el cajón, pero di 2.000 y ya cuando volví le dije al señor que no ocupé el cajón porque mi papá no entraba. Él se molestó y me devolvió solo 1500, eso fue una de las dificultades.

Cuando mi papá falleció no había un protocolo para el tratamiento de fallecidos por COVID, lo que generaba una falta de coordinación entre autoridades; el caso de mi padre sirvió inclusive para que luego de su deceso recién la Alcaldía y el SEDES trabajen en un protocolo de manejo de cadáveres. Si no hubiera sido por mis colegas periodistas que hicieron noticia del vía crucis que estaba viviendo para poder enterrar a mi padre, las instancias correspondientes hubieran tardado más tiempo en hacer lo que debían.

En el cementerio no me exigieron ningún tipo de documento, mi papá fue una de las primeras personas en morir por COVID-19 y en ese entonces estaban solamente

“acarreando” los fallecidos allá y no han pedido ningún tipo de documento. Además, los del SEDES, prácticamente, se encargaron de recoger y llevarlo al cementerio en una movilidad que ellos colocaron. Lo que yo hice, ya después, fue ir al Centro de Salud Santa Clara donde me entregaron un certificado de defunción del médico que había ido ese día. El doctor hizo el registro de todo y me entregó eso, con eso me fui a sacarle el certificado de defunción a mi papá, pero de ahí a otros procedimientos, no me han pedido. Todo ese servicio no tenía ningún costo en este lugar, incluso el cementerio fue un lugar que habilitó el municipio para que puedan ingresar las personas que fallecían a causa del COVID. El transporte tampoco tenía ningún tipo de costo.

### **III. ANÁLISIS**

#### **INOPORTUNO LINEAMIENTO NACIONAL EN LA ADOPCIÓN DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN PONE EN RIESGO LA VIDA Y SALUD DE LA POBLACIÓN**

La norma constitucional en el Artículo 37 establece que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera, priorizando la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. A su vez, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por Bolivia mediante Ley N° 2119 de 11 de septiembre de 2000, en el inciso c), Numeral 2 del Artículo 12, ha previsto que la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas, se constituyen entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes con el fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud.

En el contexto de la pandemia por la COVID-19, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, mediante Resolución 1/2020, estableció en su punto C, numeral 1, que se deben adoptar de forma inmediata, urgente, todas las medidas que sean adecuadas para proteger los derechos a la vida, salud e integridad personal de las personas frente al riesgo que representa la pandemia; a su vez, en su punto 6, exhorta a asegurar el diseño de un plan de actuación que guíe los procedimientos en prevención, detección, tratamiento y control de la pandemia. El punto 7 hace referencia a la apertura de espacios de participación social para la evaluación de los impactos y resultados de las medidas adoptadas para la pandemia.

El Ministerio de Salud, como Rector del Sistema Nacional de Salud en la lucha contra la COVID-19, mediante Resolución Ministerial N° 275 de fecha 21 de mayo de 2020, aprobó la Norma Técnica de Procedimientos de Bioseguridad para la Prevención del Contagio de COVID-19, que contiene las medidas generales y específicas para prevenir el contagio y la propagación de COVID-19 en todo el ámbito nacional del Estado Plurinacional de Bolivia, otorgando los aspectos fundamentales para el cuidado personal y para la limpieza y desinfección del entorno como ambientes, espacios y superficies; tiene por objetivo establecer procedimientos técnicos de bioseguridad para la estandarización de su aplicación en todo el territorio nacional, con el fin de prevenir el contagio y la propagación de la COVID-19 y, particularmente, define a la prevención como el conjunto de acciones dirigidas a identificar,

controlar y reducir los factores de riesgo biológicos, del ambiente y de la salud, que puedan reducirse como consecuencia del manejo de los residuos, ya sea en la prestación de servicios de salud o cualquier otra actividad que implique la generación de esta clase de residuo, con el fin de evitar que aparezca el riesgo o la enfermedad y se propaguen u ocasionen daños mayores o generen secuelas evitables.

En ese sentido, es preciso considerar algunos aspectos, en principio se conoce que a partir del mes de diciembre de 2019 se reportaron los primeros cinco casos de COVID-19 a nivel mundial, de los cuales cuatro de estos pacientes fueron hospitalizados por presentar síndrome de distrés respiratorio agudo e incluso uno de estos pacientes falleció. En enero de 2020, la OMS se pronunció y declaró pandemia por COVID-19, una enfermedad sin cura ni mucho menos vacuna, y en el marco de las previsiones planteadas por la OMS se procedió con una serie de medidas que tuvieron por finalidad mitigar el efecto adverso y fatal de esta enfermedad. El Gobierno nacional de Bolivia promulga la Ley N° 1293 en fecha 1° de abril de 2020, en la misma fecha promulga el Decreto Supremo N° 4205, es decir cinco meses después del primer brote mundial de la enfermedad desconocida; hasta ese momento, si bien existieron reuniones de coordinación entre diferentes sectores del Estado con autoridades de gobierno, éstas a la cabeza del entonces Ministro de Salud fueron encuentros no formales de intenciones para la futura toma de decisiones en el marco de la enfermedad que se había presentado, y que fue denominada COVID-19; el Ministerio de Salud, a finales del mes de enero de 2020, fue motivado por los representantes de la OMS para comenzar a activar algunas medidas de supuesta prevención en caso de presentarse la enfermedad en territorio boliviano; así a finales del mes de enero se sostuvo una primera reunión informativa con representantes del Gobierno de China y el comité oficial de atención de la COVID-19 presidido por el ex Ministro de Salud; más allá de esta acción y de las prácticas de aplicación de protocolos de bioseguridad en algunos aeropuertos del país, formal y sustancialmente, no se asumió ninguna medida de contención y de prevención de la COVID-19 durante casi todo el primer trimestre de 2020, percibiéndose entonces que las acciones para identificar y prevenir el riesgo de contraer la enfermedad no se habían socializado aún en Bolivia, provocando ya un desfase en la aplicación de medidas de prevención.

El principio de oportunidad, conforme a la definición del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, se entiende como el momento o circunstancia oportunos o convenientes para algo, entonces si se toma en cuenta que la prevención tiene por finalidad evitar en el caso concreto la propagación de algo, las medidas asumidas por el Estado no fueron acciones eficaces desde principios del mes de enero, las mismas que se desarrollaron a destiempo y pretendieron ser impuestas a fuerza de amenazas, amedrentamiento y de instrumentalización del derecho penal y la persecución penal en ejercicio de la punibilidad del Estado.

Considerando que el primer caso de COVID-19 que se presenta en territorio boliviano data del 10 de marzo de 2020, y la Ley nacional de acciones de prevención, atención y tratamiento de pacientes con COVID-19 data de 1° de abril de 2020, no hubo una norma técnica, formalmente, aprobada por el Ministerio rector en la lucha contra la COVID-19, sino hasta finales de mayo de 2020, vale decir que la guía de prevención se publicó cuando correspondía

asumir medidas de atención contra la COVID-19, entonces una primera omisión que puso en riesgo la vida y salud de la población es la inoportuna toma de decisiones sobre acciones de prevención en favor de la población boliviana por parte de las autoridades nacionales.

Tanto la Ley N° 1293 como su Decreto reglamentario, dieron lugar a que el Órgano Ejecutivo del nivel central del Estado, a través de carteras ministeriales definidas, sea el encargado de elaborar y socializar la estrategia comunicacional de prevención de la COVID-19; evidentemente, este paraguas legal específico que data del 1° de abril, si bien tenía por finalidad la atención de la COVID-19 en muchos aspectos, como también el comunicacional, no es menos cierto que ya con anterioridad significativa por mandato expreso de normas que datan de 2009, como por ejemplo el DOE (Decreto del , estas carteras de Estado, tanto Salud como Comunicación, tenían atribuciones para elaborar estrategias de comunicación en el marco de la naturaleza jurídica institucional de cada una de ellas, y capacidad plena para suscribir convenios interinstitucionales que permitan la elaboración de compañías publicitarias oficiales para la prevención de esta enfermedad o de cualquier otra; es decir, que ya desde que se conoció la existencia cierta, real y palpable de la COVID-19, en diciembre de 2019, el Órgano Ejecutivo, en su conjunto, al respecto no tenía la limitación de esperar una Ley que le recuerde cuáles son sus funciones que tiene que cumplir. Entonces, se evidencia otro momento y circunstancia que da lugar a entender que el desconocimiento de la norma, que no es causal de justificación, más aún si se trata de servidores públicos y altos mandatarios de Estado y la dejadez de las autoridades transitorias de turno, provocaron una vulneración al derecho al acceso a la información que la población boliviana tiene respecto a ésta o a cualquier enfermedad, y que es deber de las autoridades brindar información oportuna, clara, precisa y suficiente al respecto.

La falta de lineamiento claro y oportuno por parte del Órgano Ejecutivo, en su calidad de Rector del Sistema Nacional de Salud en la lucha contra la pandemia causada por la COVID-19, originó confusión en la población y, particularmente, en las autoridades subnacionales y de los propios nosocomios y hospitales, tanto del subsistema público como de la seguridad social a corto plazo, conforme se evidenció de las medidas de prevención que asumieron los diferentes nosocomios centinelas y "verdes", tanto públicos como de la seguridad social a corto plazo, e incluso del subsector privado de salud. El común denominador de las autoridades de estos nosocomios fue que manifestaron que al no conocer oportunamente los lineamientos asumidos por el nivel central del Estado, ellos formularon sus propios planes de contingencia que, a decir de las referidas autoridades, contendrían acciones de prevención, confundiendo las medidas de prevención con las de atención como por ejemplo el triaje, la adquisición y dotación de EPP para el personal médico que atiende pacientes COVID-19, la readecuación de ambientes para recibir pacientes COVID-19 y el fortalecimiento de equipamiento en el marco de su disponibilidad presupuestaria, denotando la carencia de una línea adecuada de prevención, dejando de lado las medidas de prevención como la habilitación de espacios para el lavado de manos, carteles de información para personal y pacientes, así como las capacitaciones para el personal médico, cartillas de datos para ser distribuidos y otras medidas análogas, lo cual demuestra la falta de socialización de la guía de prevención emitida por el Ministerio de Salud. A su vez, se advierte la falta de conocimiento técnico de las autoridades de los nosocomios en temas de prevención de enfermedades y de

bioseguridad.

En cuanto a la participación de las ETA's en las acciones de prevención, es importante considerar que por mandato legal fueron dos carteras de Estado (Ministerio de Salud y Ministerio de Comunicación) las encargadas de emitir la línea general de acción de prevención para que luego ésta sea transmitida a los diferentes niveles de gobierno sub nacional, y sean estos niveles los que, en el marco de su autonomía legal, coordinen la aplicación y difusión de la misma con los diferentes medios de comunicación; no obstante, han sido las instancias departamentales de salud, en el marco de sus competencias, las que generaron estrategias comunicacionales de prevención de la COVID-19, independientemente de que el nivel central del Estado haya o no emitido la suya, lo que generó una ausencia de estandarización. Es así que éstas fueron socializadas y transmitidas por medios de comunicación, sobre todo del área urbana; en la mayoría de los casos en idioma español, minimizando su difusión en idiomas originarios, además, fueron difundidos por medios tecnológicos de limitado acceso para población de escasos recursos económicos. Los SEDES se circunscribieron a sus propias limitantes presupuestarias y técnicas, elaborando su propio Plan de Contingencia que permitió asumir un rol más activo en la lucha contra la COVID-19.

En este marco, es importante referirse al rol que asumieron los COED a nivel departamental; evidentemente, la naturaleza jurídica de estas instancias se enmarca a la gestión de emergencias prevista en la Ley N° 602, por lo tanto, sus funciones se circunscriben a atender emergencias, aquellas descritas en la referida norma, pero la pandemia ha demostrado que estos COED, y por consecuencia natural los COEM, tienen que asumir un rol más técnico, menos político y de prevención y atención de emergencias con cierta autonomía en la toma de decisiones y con una estructura institucional que permita continuidad en sus funciones y coordinar de manera adecuada con otras instancias departamentales e incluso nacionales.

En cuanto a la capacidad de persuasión que el Órgano Ejecutivo demostró para convencer a la población de las "bondades" o "beneficios" que pudiera tener el acatamiento de las medidas de prevención asumidas desde finales de marzo de 2020 para evitar el contagio masivo de la COVID-19, ésta no respondía a la realidad de la población boliviana y afectó la, particularmente, de aquellos que se dedican al comercio o venta de servicios que obtienen ingresos diarios. Lo que generó descontento y provocando una movilización social de diferentes sectores a nivel nacional, como lo sucedido en K'ara K'ara en Cochabamba, o Senkata en El Alto, donde las ex autoridades de Gobierno y Justicia amenazaron, públicamente, con llevar a la cárcel a las personas que incumplan la cuarentena o las otras medidas de bioseguridad y de prevención.

Aprehensiones y arrestos que se materializaron en procesos penales en el marco del Artículo 216 del Código Penal. Conforme información proporcionada por la Fiscalía General del Estado, mediante nota OF: CITE: FGE/JLP N° 638/2020, se aperturaron 1.337 causas en el periodo comprendido de 121 de marzo al 29 de septiembre de 2020; asimismo, el Comandante General de la Policía, mediante CITE: Sgral. Cmdo. Gral. CITE: N° 1372/2020, informó que fueron 50,824 personas arrestadas entre el 22 de marzo al 28 de septiembre de 2020, datos que reflejan la alarmante cantidad de personas afectadas por esta política de Estado, sustentada, únicamente, en la incapacidad de persuadir y convencer a la población de la



necesidad de contar con el distanciamiento necesario entre personas y la higiene personal continua y permanente.

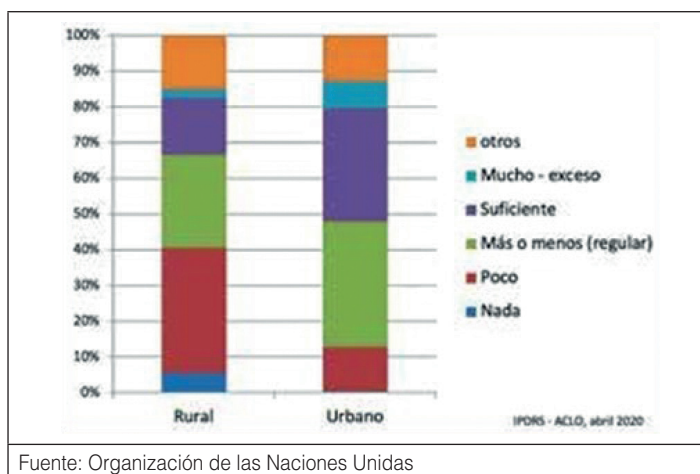
Resulta importante traer a colación el fundamento jurídico plasmado en la jurisprudencia constitucional sobre la aplicabilidad del derecho penal y el principio de mínima intervención o “mínima ratio”, es decir, que si bien el derecho penal debe proteger bienes jurídicos no significa que todo bien jurídico tenga que ser protegido penalmente, ni tampoco que todo ataque a los bienes jurídicos, penalmente tutelados, deban determinar la intervención del derecho penal. La SC 1337/2012 de 19 de septiembre, señala lo siguiente: *“Con relación al principio de mínima intervención del Derecho Penal, es relevante mencionar jurisprudencia de derecho comparado, como es la expuesta en la Sentencia C-365/12 de 16 de mayo de 2012, emitida por la Corte Constitucional de Colombia, donde se refirió lo siguiente: ‘De acuerdo al principio de subsidiariedad ‘se ha de recurrir primero y siempre a otros controles menos gravosos existentes dentro del sistema estatal antes de utilizar el penal’; según el principio de ultima ratio ‘el Estado sólo puede recurrir a él cuando hayan fallado todos los demás controles’ y finalmente, en virtud del principio de fragmentariedad ‘el Derecho penal solamente puede aplicarse a los ataques más graves frente a los bienes jurídicos’(...)”*

Respecto a la estrategia comunicacional difundida en base al mensaje “#QuédateEnCasa”, que señala *“(...) en un par de semanas he matado a gente de todas las clases, todos los géneros y todas las edades, y ahora te estoy buscando a ti... a ti que no me tienes miedo, soy el coronavirus ya llegué a Bolivia te estoy buscando a ti y te voy a encontrar...”*, el mismo que fue blanco de críticas de profesionales entendidos en materia comunicacional que manifestaban públicamente opiniones como: *“esta es la manera más irresponsable de informar, creando miedo y temor en la población”*, lo que demuestra la política de la amenaza y amedrentamiento que pretende infundir miedo en la población ante el incumplimiento de las medidas de prevención.

En cuanto a las diferentes estrategias comunicacionales utilizadas por los SEDES, en el marco de la encuesta realizada por la Organización de las Naciones Unidas, particularmente, sobre la percepción que la población de áreas rurales y dispersas tuvieron respecto al alcance de la información recibida por parte de las autoridades sobre la COVID-19, un 70% de la población que fue consultada (particularmente en el área rural) manifestó conocer poco o nada de esta información y, por tanto, se puede entender una especie de discriminación en desmedro de la población rural sobre la estrategia y política comunicacional elaborada por las ETAs en el marco de sus atribuciones, competencias, funciones y presupuesto asignado al efecto; una vez más es importante rescatar la estructura de posicionamiento de la información como medida de prevención prevista en la SAFCI, toda vez que la promoción y prevención son aspectos del derecho a la salud que fueron recogidos en la referida norma y que asumió su formalidad y consistencia a través de la consulta realizada a detalle, recogiendo experiencias y saberes de las estructuras más pequeñas de la sociedad en su conjunto; de este modo es que debió estructurarse a nivel departamental y municipal la estrategia comunicacional, para que su alcance sea masivo y sea adecuado, la necesidad de la comunicación cuasi personal era importante desde un principio para asumir la seriedad que el caso amerita ante un mal endémico desconocido, que por sobre todas las cosas no tiene ni cura ni vacuna aún.



Percepción de disponibilidad de información sobre las medidas de seguridad para protegerse de la COVID -19, por ámbito rural – urbano:



Existe una escasa percepción de la población del área rural sobre la información referente a las medidas de seguridad para protegerse de la COVID -19, lo cual demuestra la escasa comunicación y la poca experiencia en instrumentalización de los medios para lograr alcance masivo, así como su tardía regulación en el área rural, que fueron en gran medida las causas para el rechazo de las acciones asumidas por el Estado y por tanto el contagio masivo de la población, como se puede desprender del Informe con CITE: GADLP/SEDES-LP/UPS y PE/INF-09/2020, de fecha 11 de junio de 2020, emitido por el Jefe de Unidad de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades del SEDES La Paz, que concluye que *“aún les falta llegar con mayor incidencia a las Naciones y Pueblos Indígenas Originario”*. El Ministerio de Salud, por su parte, a través del informe técnico MS/VMTI/IT/66/2020, de fecha 17 de septiembre de 2020, ha reconocido la actuación *“independiente y creativa”* de los pueblos y naciones originaria campesinas detallando, entre otras acciones propias, el aislamiento total de las comunidades, con cierre de caminos de ingreso y salida, estableciendo trancas en cada vía de ingreso y advirtiendo de sanciones en el marco de usos y costumbres para impedir la entrada de personas foráneas para evitar la propagación del virus, suspensión de reuniones planificadas en la zona, abastecimiento de las comunidades a través de ferias y venta de productos locales planificadas para evitar el desplazamiento de los comunarios, implementación de uso estricto de barbijos, guantes, mandil e implementos sanitarios, salidas de emergencias y otros.

En cuanto a los GAMs, algunos informaron que las acciones de prevención que asumieron, particularmente, en el marco de la estrategia comunicacional y el inicio de campañas de prevención, atención y tratamiento de la COVID-19, como Santa Cruz de la Sierra, Sucre, Trinidad, Cobija, estuvieron dirigidas a prevenir la COVID-19 así como para la atención y tratamiento de la enfermedad, casi todas éstas, en el marco de la presencia del caso 0 en Bolivia, datan de marzo de 2020. El Gobierno Autónomo Municipal de El Alto señaló que su estrategia se basó en temas de prevención y que se inició a mediados del mes de febrero. Al tratarse de municipios de capitales de departamento, su ámbito de aplicación está dirigido al

área urbana y, al menos como lineamientos generales, es importante considerar el aporte que pretendieron dar a la población; sin embargo, resalta, nuevamente, la falta de un lineamiento general oportuno desde el ente rector del Sistema Nacional de Salud en la lucha contra la COVID-19, es decir el Ministerio de Salud.

El abandono que las NPIOCs sufrieron durante la etapa de la cuarentena rígida y obligaron a las autoridades originarias a asumir medidas al alcance de sus posibilidades y capacidades como, por ejemplo, la restricción de ingreso y salida, la aplicación de la medicina tradicional, el uso de plantas medicinales, la clausura de sus vías de entrada y salida con obligación de autoabastecer a la comunidad, fueron medidas acertadas que se desprendieron de las propias facultades de las autoridades originarias y de la población en su conjunto, que de manera consensuada recogiendo opiniones, experiencias y acuerdos lograron persuadir a sus pobladores de manera mucho más eficaz y poco o nada resistida; es más, en algunas de estas localidades que contaban con profesores foráneos pero que impartían clases en unidades educativas de esas regiones, éstos prefirieron y decidieron quedarse en las localidades para no contagiarse y proseguir con la educación de los estudiantes porque las autoridades originarias convencieron que eran las mejores decisiones para su comunidad.

La Defensoría del Pueblo, en el marco del *“Informe sobre el impacto de COVID-19 en los pueblos indígenas en el Estado Plurinacional de Bolivia”*, advirtió que *“la Guía para el manejo del COVID-19 aprobada por el Ministerio de Salud, no ha establecido medidas diferenciadas para la protección de los pueblos indígenas, y que estaría latente un posible riesgo de extinción física y cultural de los pueblos indígenas Yuqui y Cayubaba, el primero con antecedentes de tuberculosis y fibrosis pulmonar, y el segundo, demográficamente, reducido y con procesos de aculturación. En consecuencia, no se habrían implementado los mecanismos de prevención y protección en los ámbitos de la salud, difusión sensibilización y monitoreo para los pueblos indígenas altamente vulnerables. Asimismo, hace hincapié en la falta de aprobación de un plan de contingencia para pueblos indígenas altamente vulnerables conforme establece la Ley 450, la incorporación de productos comunicacionales que difundan las acciones de prevención sobre la COVID-19 en diferentes medios de comunicación y haciendo uso de las diferentes lenguas e idiomas existentes en el país”*.

Finalmente, es importante señalar que la CIDH, mediante las Resoluciones 01/2020 y 04/2020, se refirió a la prevención y emitió recomendaciones para que los Estados miembros cuenten con directrices generales para las políticas de prevención: *“(…) Asegurar el diseño de un plan de actuación que guíe los procedimientos a seguir para la prevención, detección, tratamiento, control y seguimiento de la pandemia con base en la mejor evidencia científica y el derecho humano a la salud. Estos procedimientos deben ser transparentes, independientes, participativos, claros e inclusivos. (...) Para la prevención, tratamiento integral, y cuidado de las personas con COVID-19 los Estados deben adoptar medidas inmediatas dirigidas a asegurar, sobre una base sostenida, igualitaria y asequible, la accesibilidad y el suministro de bienes de calidad, servicios e información”*, aspectos que no fueron considerados por las autoridades de turno responsables de la rectoría del Sistema Nacional de Salud en la prevención de la COVID-19, exponiendo a la salud y vida de la población boliviana.

Por todo lo expuesto, se tiene que el nivel central del Estado, así como las ETAs han incumplido la obligación indeclinable de priorizar las medidas de prevención de las enfermedades, transgrediendo lo previsto en el artículo 37 de la CPE.



### **LA INADECUADA POLÍTICA DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO A LA COVID-19 VULNERA EL DERECHO AL ACCESO A LA SALUD**

La Constitución Política del Estado define como fin y función esencial del Estado (entre otros), garantizar el acceso de las personas a la salud sin exclusión ni discriminación alguna, en todos sus niveles, proteger el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar (entre otros) el acceso gratuito de la población a los servicios de salud y garantizar el acceso a los medicamentos.

Específicamente, la Ley N° 1293 de 1° de abril definió que el Órgano Ejecutivo, en coordinación con las entidades territoriales autónomas, en el marco de sus atribuciones y competencias, implementarán las actividades, acciones y medidas necesarias y oportunas para la prevención, contención y tratamiento de la infección por coronavirus (COVID-19); que los entes gestores de la seguridad social a corto plazo, en coordinación con el Ministerio de Salud, en sus establecimientos de salud, deberán implementar medidas necesarias y oportunas para la prevención, contención, atención y tratamiento de la infección por el coronavirus y que para el caso del sub sector privado, éste deberá cumplir lo emanado por el Ministerio de Salud y las entidades territoriales autónomas, y además deberá garantizar a sus usuarios y trabajadores los medios adecuados para la atención.

El Decreto Supremo N° 4205 de fecha 1° de abril de 2020, que reglamenta la Ley N° 1293, establece que mientras continúe vigente la declaratoria de emergencia sanitaria nacional por el coronavirus, los establecimientos de salud, clínicas y otros de los subsectores público, de

la seguridad social de corto plazo y privado del Sistema Nacional de Salud, están integrados al Sistema de Defensa Civil bajo mando del Consejo Nacional para la Reducción de Riesgos y Atención de Desastres y/o Emergencias (CONARADE), por lo que están obligados a atender el diagnóstico, control, atención y tratamiento del coronavirus (COVID-19) de forma inmediata y sin consideraciones de ninguna naturaleza, siendo la infraestructura, equipamiento y personal priorizados y destinados conforme requerimientos y organización determinada por el Ministerio de Salud.

Por su parte, el Modelo de Atención y el Modelo de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), cuyos principios rectores son cuatro específicos: Participación Social, Intersectorialidad, Interculturalidad e Integralidad, cuenta con una estructura integral que comprende el nivel municipal que contempla el Directorio Local de Salud, que es la máxima autoridad en la gestión de salud en el ámbito municipal y encargada de la implementación del Modelo Sanitario SAFCI, seguros públicos, políticas y programas de salud; el nivel departamental, constituido por el Servicio Departamental de Salud que es el máximo nivel de gestión técnica en salud de un departamento. Articula las políticas nacionales, departamentales y municipales, además de coordinar y supervisar la gestión de los servicios de salud en el departamento, en directa y permanente coordinación con los gobiernos municipales, promoviendo la participación social y del sector privado y el nivel nacional, conformado por el Ministerio de Salud órgano rector-normativo de la gestión de salud a nivel nacional, responsable de formular la política, estrategia, planes y programas nacionales, así como de establecer las normas que rigen el Sistema de Salud en el ámbito nacional.

El Modelo SAFCI se constituye en la forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud; complementa y articula recíprocamente al personal de salud y médicos tradicionales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos con la persona, familia, comunidad, Madre Tierra y cosmos, bajo este modelo la puerta de ingreso a la Red de Servicios son los establecimientos de salud de primer nivel.

Ante la pandemia causada por la COVID-19, el Gobierno central ha identificado algunos nosocomios específicos de segundo y tercer nivel como hospitales centinelas que concentrarían la atención de pacientes COVID-19, excluyendo a los centros de salud de primer nivel definidos dentro de la SAFCI como la “puerta” de ingreso al Sistema de Salud. Si bien en una primera instancia ante la cuarentena rígida declarada por el Gobierno nacional, los centros de salud centinelas respondían a la demanda de la población, sin embargo, el incremento gradual de casos COVID-19 en la cuarentena dinámica y la falta de fortalecimiento de estos nosocomios, provocó el colapso de los hospitales en la atención de pacientes COVID-19, denotando un accionar irresponsable al mantener la decisión de continuar con el plan de atención y tratamiento en esos términos, aunque en los hechos sucedió que muchos hospitales denominados “verdes” (identificados así porque supuestamente no atendían COVID-19), como el caso del complejo del Hospital de Clínicas de La Paz que sin haber sido designado centinela tuvo la necesidad de reorganizarse para atender casos COVID-19 y no, únicamente, referir pacientes porque los hospitales centinelas se encontraban rebasados en su capacidad sin la disponibilidad de camas, agravándose esta situación en algunas ciudades

como La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y Trinidad, donde la gente se desvanecía en las calles o en puertas de nosocomios abarrotados de pacientes.

En este contexto, las autoridades hicieron caso omiso de todos los reclamos planteados por el personal médico y administrativo de estos nosocomios, así como por sus representantes e instancias orgánicas de defensa de derechos laborales, evidenciando que esta política de Gobierno asumida para atención y tratamiento de la COVID-19 no se adecuaba a la realidad del Estado Plurinacional y de su población, que acostumbrados al modelo SAFCI continuaban acudiendo a otros centros médicos de primer nivel y en caso de ser pacientes COVID-19, evidentemente, generaban contagios al personal de estos centros y a pacientes que acudían por otras patologías.

Durante las entrevistas realizadas a las autoridades de los nosocomios, de los hospitales públicos centinelas y “verdes”, se pudo evidenciar de manera irrefutable el accionar poco responsable con el que se asumió la política gubernamental de atención y tratamiento COVID-19. Es así que las autoridades hospitalarias, en el marco de la imposición de la política gubernamental centralista y concentrada de atención y tratamiento de la COVID-19, tuvieron que definir planes de contingencia que respondieron a las referidas directrices. Estos planes en un principio no contaron con las previsiones necesarias para atender y responder a las emergencias que surgieron, particularmente, los meses de junio y julio de 2020, en consecuencia tuvieron que ser modificados reiteradas veces ante los cambios repentinos que surgían a diario en cada nosocomio centinela.

Situación similar, en cuanto a la emergencia y colapso en la atención, sucedió en el seguro social obligatorio a corto plazo, ámbito en el cual los hospitales y nosocomios que atendían casos COVID-19 tuvieron que readecuarse a las necesidades y exigencias que fueron suscitándose durante la evolución de la enfermedad y, una vez determinada la cuarentena dinámica, denotando la improvisación con la que se manejó la atención y tratamiento de la COVID-19 desde el ente Rector del Sistema Nacional de Salud.

De acuerdo a la información emitida por los gobiernos autónomos municipales, en Sucre fueron habilitados dos hospitales (uno en mayo y otro en septiembre) para la atención de casos COVID-19; en Tarija, se habilitaron dos establecimientos entre julio y agosto; en el municipio de Trinidad se habilitó el ex Hospital COSSMIL, con responsabilidad compartida de los tres niveles de Gobierno, y el Hospital Presidente Germán Busch para casos más graves; en este municipio todos los centros de salud atendieron casos COVID-19 ante el colapso suscitado. En Cobija, el único establecimiento de salud de segundo nivel es el Hospital Roberto Galindo Terán, se puso en funcionamiento a su vez, el Centro de Aislamiento Clínico Perla del Acre y el Centro de Aislamiento Piscina Olímpica; el Gobierno Autónomo Municipal de El Alto refirió que ningún hospital de segundo nivel fue habilitado y que el único fue el Hospital del Norte, aclaró que los centros de primer nivel fueron habilitados como áreas de triaje y derivación dependiendo la gravedad del caso; aclaró que la demanda de la población obligó a habilitar otros centros de salud de primer nivel ante el colapso.



Según la información proporcionada por los 14 Directores de nosocomios públicos y los denominados “verdes” de la seguridad social o de atención de otras patologías que no sean COVID-19, se tiene que: cuatro de éstos suspendieron indefinidamente la atención de consulta externa (Hospital Municipal Modelo Corea de la ciudad de El Alto, Hospital Regional San Juan de Dios de Tarija, Hospital Francies de Santa Cruz y el Hospital Roberto Galindo Terán en Pando); seis redujeron su atención para evitar contagios (Centro de Salud María Auxiliadora de Oruro, Centro Integral de Medicina Familiar Manuel Ascencio Villarroel - CIMFA de la CNS, Policlínico de Atención Integral en Salud de Especialidades - PAISE de la CNS y Hospital Materno Infantil Germán Urquidi en Cochabamba, Centro de Salud Central del Beni y el Hospital Obrero N° 9 de la CNS Regional Pando); y cuatro no suspendieron ni redujeron atención (Hospital San Roque de Potosí, Centro de Salud Quintanilla y el Policlínico de la Caja Petrolera de Salud en Cochabamba; y Hospital Obrero N° 7 de Tarija).

Respecto a los hospitales centinelas, de la seguridad social y públicos, según la información obtenida de los directores de esos centros, se tiene que al ser declarados centinelas habilitaron domos y contrataron servicios. En cuanto a la disposición de camas, en Potosí, en el Hospital de la CNS, habilitaron 97 camas en total; en Cochabamba, en el Hospital Obrero de la CNS, 83 camas, con seis unidades de terapia intensiva; en Tarija, en el Hospital Obrero instalaron 54 UTIs, y solo seis camas de atención. Al respecto se observa la disparidad en la capacidad de instalación debido a la falta de lineamientos por parte del Órgano Ejecutivo del nivel central del Estado, aspectos que evidencian que los hospitales públicos y de la seguridad social a corto plazo no estaban listos ni preparados en capacidad instalada para la atención de las necesidades de la población, afectando la atención mínima y esencial en salud, negando la atención básica al paciente e incumpliendo la Ley N° 3131 respecto a los deberes del médico, vulnerando de esta manera el derecho a la salud.

Con relación a la oportunidad en la habilitación de los centros de salud públicos centinelas, se advierte que en Tarija solo uno de los hospitales fue puesto en funcionamiento, en marzo de la presente gestión (Hospital San Juan de Dios), los restantes comenzaron a funcionar entre mayo y agosto (Hospital Fray Quebracho de Yacuiba, 8 de mayo 2020; Hospital Virgen de Chaguaya de Bermejo, junio 2020; Hospital San Antonio, 5 de agosto 2020); en La Paz, las autoridades ediles sanitarias, e incluso el propio Alcalde, comprometieron públicamente la apertura de los 67 centros de salud de primer nivel para atención COVID-19: *“(…) El Hospital Municipal La Portada será el primer centro centinela para la atención del coronavirus, informó el alcalde. Eso significa, dijo, que los casos con síntomas leves se atenderán en centros de salud barriales. Los casos con síntomas moderados, se atenderán en La Portada y los casos graves se remitirán al tercer nivel de atención de salud, definidos por el Servicio Departamental de Salud (SEDES)”. (…)* Los hospitales de segundo nivel Los Pinos, Cotahuma y La Merced también estarán preparados si fuera necesario para atender a personas que presenten síntomas sobre la enfermedad;<sup>439</sup> sin embargo, no se dio esta situación lo que generó falsas expectativas en la población paceña negando el acceso a la salud y poniendo en riesgo la salud y vida de las personas.

<sup>439</sup> <https://brujuladigital.net/reportajes/el-hospital-municipal-la-portada-sera-el-primero-centro-centinela-de-la-paz-contra-el-Coronavirus>

Como se pudo observar, la población de cada departamento que conforma el Estado Plurinacional, ha sufrido una vía crucis respecto a la atención y tratamiento de la COVID-19 con sus concernientes peculiaridades. Uno de los casos emblemáticos fue el suscitado en el departamento del Beni, donde, en menos de 15 días, se presentó una seguidilla de contagios y muertes ocasionadas por COVID-19, que sobrepasó cualquier previsión que pudieron asumir las autoridades del Gobierno del nivel central del Estado. El fallecimiento continuo de gente en calles, domicilios, nosocomios y el evidente desborde en la capacidad resolutive de éstos últimos, dejaron entrever, nuevamente, que la política de atención y tratamiento de la COVID-19 fue devastadora para la población en su conjunto.

Es necesario considerar que Bolivia fue catalogado como el segundo país más inseguro de la región para enfrentar el coronavirus, según el ranking elaborado por el Deep Knowledge Group, sólo superado por Venezuela; la respuesta de la política de atención de esta enfermedad trascendía internacionalmente en cuanto a sus resultados fatales y la falta de acceso para obtener salud conforme a los parámetros y estándares previstos en la Constitución Política del Estado y en los Convenios y Tratados Internacionales, así como en las recomendaciones vertidas por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

La CIDH, a través de las Resoluciones 001/2020 y 004/2020, recomendó a los Estados miembros ciertos estándares mínimos para el acceso a la salud en tiempos de pandemia y los derechos humanos de las personas afectadas con la COVID-19, así manifestó (entre otras) que ante las circunstancias actuales de la pandemia, que constituyen una situación de riesgo real, los Estados deben adoptar medidas de forma inmediata y de manera diligente para prevenir la ocurrencia de afectaciones al derecho a la salud, la integridad personal y la vida. Tales medidas deben estar enfocadas de manera prioritaria a prevenir los contagios y brindar un tratamiento médico adecuado a las personas que lo requieran. Para garantizar el acceso adecuado y oportuno a la atención de salud, es necesario evitar el colapso de los sistemas de salud, así como mayores riesgos a los derechos de las personas con COVID-19 y de las personas trabajadoras de la salud.

Por tanto, señala la Comisión, puede ser necesario que los Estados habiliten plataformas y canales eficientes de atención para casos sospechosos o con síntomas leves o moderados de la enfermedad. Entre las medidas a las que los Estados recurren se encuentran: la telemedicina, las consultas telefónicas, las visitas médicas a domicilio o apoyo comunitario de asistencia básica de salud y cuidado que incluya vigilancia continua de factores de riesgo y estado de salud que puedan requerir derivación para atención y cuidado médico más especializado. Para la protección del derecho a la salud de las personas con COVID-19 es necesario reconocer y garantizar el derecho a recibir una prestación adecuada de los servicios de salud mediante un marco normativo y protocolos de atención y tratamiento con parámetros claros de atención. Asimismo, deben ser constantemente revisados y actualizados, según la mejor evidencia científica, y mantener mecanismos de supervisión y fiscalización de las instituciones de salud y cuidado, facilitando canales sencillos de presentación de quejas y solicitudes de medidas de protección urgente relacionadas, investigando y dando respuestas a las mismas.



Todas estas directrices fueron oportunamente publicadas y puestas en conocimiento público de las autoridades gubernamentales de cada país miembro de la CIDH, sin embargo, se evidencia que no fueron consideradas por el Gobierno central del Estado a momento de asumir una política de atención adecuada; habiendo dejado de lado la política SAFCI que recoge estos parámetros de atención y es un reflejo mucho más adecuado de la realidad boliviana en cuanto a necesidades de atención en salud; por ejemplo, los centros de salud de primer nivel que constituyen un número mucho mayor en relación a los hospitales de segundo y tercer nivel en todo el territorio nacional, como claramente señala la política, son puertas de ingreso al Sistema Nacional de Salud, y desde un principio debieron constituirse en los centinelas para referencia a otros niveles dependiendo de la gravedad de cada caso y así impedir el colapso de los hospitales centinela; claramente es la línea definida por la CIDH en la atención para evitar el colapso innecesario de los sistemas de salud.

Esta ineficaz política gubernamental de atención, que a inicios de la cuarentena rígida pudo generar una expectativa razonable, con el paso de los días y el incremento de casos COVID -19 resultó ser claramente inaplicable en territorio boliviano por diferentes razones y realidades, pero que más allá de este aspecto evidenció la ineficiencia de capacidad técnica de respuesta por parte de las autoridades de gobierno. El Gobierno central, oportunamente y antes de la presencia del primer caso de COVID-19 en territorio nacional, es decir en marzo de 2020, debió fijar como objetivo que las políticas de salud se presenten y articulen con las personas, familias y la comunidad o barrio, recogiendo las realidades, experiencias, saberes de cada una de estas instancias; sin embargo, la improvisación fue la regla en la elaboración de la política gubernamental denominada Plan Nacional que tuvo una línea centralista y concentradora de funciones a la cabeza del Ministerio de Salud como Rector.

Por otra parte, es evidente que se ha heredado, desde hace más de 30 años, la permisibilidad de arbitrariedades en la atención y prestación de servicios de salud y el empoderamiento de algunas autoridades de hospitales y centros de salud, así como de colegios de profesionales médicos y de organizaciones sindicales de personal médico, que en general afectan, limitan y restringen el acceso libre al derecho a la salud conforme las previsiones constitucionales establecidas al efecto.

La seguridad social a corto plazo también ha sufrido un importante colapso en la atención de pacientes COVID-19 como muestra la verificación realizada, que en algunos de los hospitales de la Caja Nacional de Salud no pudieron responder oportunamente a la demanda de sus asegurados por la cantidad inusitada de contagios, encontrándose en la necesidad de comprar servicios o alquilar instalaciones como medidas urgentes y desesperadas que pudieron no ser la regla si se trabajaba oportunamente desde el área administrativa y ejecutiva de las oficinas de este subsector de salud, y que las cajas de salud cuenten con normativa específica para la adquisición de insumos, equipamiento y medicamentos, que revista principios de celeridad, oportunidad, economía, eficacia y transparencia. El Sistema de Administración de Bienes y Servicios en cuanto a su aplicación ha resultado poco eficiente para la urgencia suscitada, por tanto son dos aspectos muy importantes los identificados en el caso del Subsistema de la Seguridad Social a Corto Plazo: en principio, la falta de iniciativa y de impulso de oficio por parte del plantel administrativo y ejecutivo de los entes

aseguradores de la seguridad social que obsecó la ejecución de recursos para la oportuna atención de pacientes COVID-19 y, por otro lado, la falta de una propuesta de normativa interna que se adecue a la excepcionalidad para la adquisición de insumos en el marco de la normativa emanada como consecuencia de la pandemia, mucho más ágil que permita la oportuna adquisición de insumos en general.

También se evidencia la falencia de entes aseguradores de la seguridad social a corto plazo en cuanto a la infraestructura existente para la atención adecuada de sus asegurados, siendo un tema pendiente de atención inmediata que debiera estar previsto en el Plan Operativo Anual de cada una de estas instituciones.

Entonces, es evidente que la desorganización por parte del Subsector de la Seguridad Social a Corto Plazo emergente de la falta de previsión ante un incremento previsible de casos positivos de asegurados y de personal dependiente, la omisión en la previsión presupuestaria de fondos suficientes para la lucha contra el coronavirus, además de las precarias condiciones físicas para garantizar la atención con calidad, fueron aspectos que pusieron en riesgo los derechos fundamentales a la salud y la vida. Siendo de importancia trascendental la participación de la ASUSS, como ente regulador de la seguridad social a corto plazo, esta instancia no ha desarrollado un rol que asegure la accesibilidad en la atención de los asegurados.

En cuanto a los planes de contingencias elaborados por las autoridades nacionales, departamentales, municipales, así como de centros de salud de todos los niveles, provocó la atención heterogénea que muchos nosocomios del sistema nacional de salud tuvieron que conformar comités internos para elaborar de manera corresponsable éstos planes; siendo que no se hubiera considerado los contagios masivos del personal de salud y las implicancias que esto tenía para la atención oportuna y diligente, esta circunstancia singular fue un común denominador que obligó a reducir la atención de consulta externa para patologías distintas a la COVID-19, lo que ocasionó además de los reclamos, bloqueos, marchas de enfermos renales, de cáncer u otros; por ejemplo en el Hospital de Clínicas, según su Director, en determinado momento se redujo hasta en un 100% determinadas especialidades, lo que generó el deceso de pacientes de otras patologías.

El colapso en hospitales del país, así como la afectación del derecho a la salud como la vulneración al acceso a este derecho, pudo verificarse de manera clara y contundente a través de diferentes testimonios de pacientes que vivieron momentos muy álgidos para ser atendidos o en su caso, se les haya brindado de forma tardía el acceso a la salud.

En La Paz: *"(...) El 17 de agosto mi papá estaba mal y con una tía fuimos al Policlínico Miraflores de la plaza Triangular, que nos corresponde, a pedir una transferencia, para que le puedan atender en el Hospital Obrero, hice la fila desde las seis de la mañana, casi hasta las dos de la tarde. (...) Le estábamos medicando en la casa, justamente porque no había espacio. Todo el día lunes hemos peregrinado en el Hospital Obrero, hemos ido con la transferencia no le han querido atender, (el personal que nos atendió dijo que) no hay espacio, que está lleno, que está colapsado, y yo le digo que nos tiene que dar alguna solución, ¿dónde vamos a ir? y me responde que vaya al Hospital*

*L.U.O. en Villa Copacabana. Volvimos a ir al Hospital Obrero, ha debido ser las seis de tarde, en triaje, estaban todos encapuchados, no se los podía identificar y volví a mostrar la transferencia del L.U.O y me dice ¿pero yo qué voy a hacer? no hay espacio. En el Obrero, en triaje, el médico señaló que no hay espacio en terapia intensiva, mi papá estaba en la sala de espera y a su lado falleció un señor. (...) Eso fue el lunes, el día miércoles fui nuevamente al Hospital Obrero con las dos transferencias, hablamos con el Director, el doctor Maldonado que me dijo "¿pero yo qué puedo hacer?", "no hay espacio", le expliqué que el Hospital Santiago II era dependiente de la CNS y que me dijeron que ahí hay camas, él respondió "no hay, no puedo hacer yo nada". La atención del Hospital Obrero pésima, es gente inhumana la que trabaja ahí, se pasaban uno y otro la pelotita.*

*En Oruro: "(...) Yo fui por varios centros de salud para que me atiendan, me negaron el servicio de salud, como el Centro Pabón, Clínica Natividad". En el caso de Potosí manifestaron: "(...) yo ya no podía respirar y estaba con una temperatura de 39 grados estando totalmente desahuciado, prácticamente casi me desvanezco en la puerta, por nada del mundo me querían atender en emergencias de la caja; (...) pedía que me colaboren porque trabajo también en el área de salud, y me decían que desaloje el lugar porque contaminaba todo porque hay gente sana que viene al lugar. (...) Me negaron la atención en la Caja, ni siquiera me controlaron la temperatura, si no hubiera sido la ayuda de la Defensoría del Pueblo, si no fuera esa intervención me iban a mandar a mi casa y otra sería la situación porque estaba mal".*

*En Cochabamba: "(...) acudí el 19 de junio 2020 al Centro Integral de Medicina Familiar "Manuel Asencio Villarroel" - CIMFA de la CNS, donde no me atendieron aduciendo que para recibir atención por COVID-19 tendría que estar en la lista de espera".*

*En Santa Cruz: "(...) en la ambulancia vinieron tres enfermos más y tuve que aceptar si o si porque no había de otra, llegando nos destinaron al Hospital de la Pampa de la Isla, pero cuando llegaron, resulta que no había cama para los tres y de ahí la ambulancia fue a más de cuatro hospitales con los tres pacientes, desde las dos de la mañana hasta las ocho de la mañana, buscando donde puedan internarlo, hasta que en el Hospital Los Pocitos (Plan 3.000) lo internaron a mi papá(...)"*; en otro testimonio refieren: "(...) tuvimos que llevarlo al hospital público San Juan de Dios donde fue ingresado e internado por un día y medio, pero mi suegro no quiso quedarse internado y tuvimos que firmar alta solicitada para sacarlo y llevarlo a su casa, esto debido a que se encontraba en una camilla en emergencias, en condiciones no adecuadas, sin oxígeno ni atención médica idónea, tal vez no había espacio para que entre a sala. (...) al deteriorarse mucho su salud, de emergencias lo llevamos al Hospital Japonés y le negaron la atención médica, indicando que no había espacio, luego lo llevamos al Hospital Juan San de Dios, nuevamente, de igual manera no lo recibieron; lo llevamos a la Clínica Figueroa tampoco lo recibieron, finalmente lo llevamos al Hospital de La Pampa de la Isla y mientras esperábamos afuera falleció el 17 de junio de 2020 (...)"

*En Beni el testimonio refiere: "(...) en Trinidad fui al médico pero lamentablemente en la Caja Nacional no había atención, no atendían los médicos. (...) Cuando fui al hospital me dijeron que no había atención que ni en el CINFA estaban atendiendo y que no había un lugar, que recién estaban construyendo el domo para atender al COVID, entonces me dijeron que me vaya a mi casa nomas. (...) Luego fui al centro de COVID Trinidad, no había atención porque no había espacio, en ningún*

otro hospital pude ser atendido, cuando ya paso todo esto de la pandemia recién en el centro centinela COVID me hicieron los rayos X y ahí vi que ya tenía bastante avanzada mi neumonía (...)

En Pando se conoció el relato de una mujer embarazada que señala: “(...) me llevaron al hospital Roberto Galindo Terán, no me querían atender, me tuvieron como una hora fuera y después que entré nadie se quería apegar a mí. (...) Al inicio negaron la atención en el Hospital Roberto Galindo y en el Hospital Messuti COVID-19, porque tuve derrame de líquido y tardaron en ir los doctores a atenderme (...)”.

Por lo expuesto, se evidencia que el Estado ha vulnerado el derecho al acceso a la salud de la población boliviana, establecido en el parágrafo II del Artículo 18 de la CPE.



### **LA INOPORTUNA E INSUFICIENTE DOTACIÓN DE EPP DE BIOSEGURIDAD PONE EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD AL PERSONAL DE SALUD**

La naturaleza propia de la COVID-19, y su alto nivel de contagio, requiere que el personal de salud cuente con todo el EPP de bioseguridad adecuado, oportuno y suficiente para poder atender a pacientes sospechosos y confirmados de este virus. En ese sentido, para el presente análisis se debe considerar tres elementos que hacen a la dotación de estos insumos necesarios para el personal médico en el país: la cantidad, oportunidad y si cumplen las características técnicas para evitar contagios y garantizar la seguridad en el servicio que prestan.



La CIDH, durante la gestión 2020, ha expresado que las medidas adoptadas por los Estados en la atención y contención del virus deben tener como centro el pleno respeto de los derechos humanos. El 10 de abril de 2020 emitió la Resolución N° 1/2020 "Pandemia y Derechos Humanos en las Américas", que establece, en su parte considerativa, a profesionales de salud como grupo en situación de especial vulnerabilidad, debiendo los Estados de la región brindar y aplicar perspectivas interseccionales y prestar atención a las necesidades y al impacto diferenciado de sus derechos humanos. Con relación a los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, el referido documento determina que en el caso específico de los EPP de bioseguridad para el personal médico, el Estado debe *"asegurar la disponibilidad y provisión oportuna de cantidades suficientes de material de bioseguridad, insumos y suplementos médicos esenciales de uso del personal de salud, fortalecer su capacitación técnica y profesional para el manejo de pandemias y crisis infecciosas, garantizar la protección de sus derechos, así como la disposición de recursos específicos mínimos destinados a enfrentar este tipo de situaciones de emergencia sanitaria"*. Esta obligación de asegurar la disponibilidad y provisión oportuna es un pilar fundamental en la atención de la pandemia por COVID-19, de esta forma se podría garantizar la protección de los derechos, tanto de los pacientes como del personal de salud.

La CIDH, el 27 de julio de 2020, también adoptó la Resolución N° 4/2020 "Derechos Humanos de las personas con COVID-19", que contiene un acápite especial de directrices sobre la protección de los derechos de las personas trabajadoras de la salud y del cuidado que atienden personas con COVID-19; al respecto estableció que *"es fundamental que, para la preservación de la vida y el tratamiento del derecho a la salud de las personas con COVID-19, las personas trabajadoras de la salud y del cuidado cuenten con protocolos de bioseguridad para la protección específica y su entrenamiento, lo que incluye la realización de pruebas de diagnóstico regular, que dispongan de equipos de protección personal suficientes y los materiales necesarios para la desinfección y adecuado mantenimiento de ambientes de salud y de cuidado"*. Esta determinación es concordante con lo mencionado, anteriormente, en la Resolución 01/2020 en cuanto a la dotación de EPP de bioseguridad suficiente para el apropiado cuidado del personal de salud.

Para la CIDH, los Estados deben asegurar dos elementos en cuanto a los EPP de bioseguridad para el personal médico: la disponibilidad y la provisión oportuna. La provisión de disponibilidad se entiende a la facilidad del personal de salud para contar con estos equipos de manera accesible; por otro lado, la provisión oportuna refiere a la temporalidad en la que se les debe dotar de los mismos, tomando en cuenta que esta dotación debiera ser de manera anticipada.

El Estado Boliviano, a través del Órgano Ejecutivo, emitió una serie de decretos supremos para la atención de la pandemia dentro del territorio nacional; en relación a los EPP de bioseguridad, el primero fue el N° 4174 de 4 de marzo de 2020, que autoriza al Ministerio de Salud, a las entidades territoriales autónomas y a las entidades de la seguridad social de corto plazo, de manera excepcional, efectuar la contratación directa de equipamiento médico, entre otras cosas, para la prevención, control y atención de la "emergencia de salud pública de importancia internacional" provocada por el coronavirus (COVID-19). A raíz de este decreto y los posteriores que fueron promulgados y publicados, el Estado dio mayor

accesibilidad para la adquisición de insumos y equipamiento para el personal de salud, siendo este sector el que atiende en línea directa la pandemia por COVID-19.

Este tipo de acción de permisibilidad normativa de contratación directa, priorizaría la adquisición, en específico, de la indumentaria de EPP de bioseguridad para el personal de salud; además, al contemplar esa autorización a las ETAs y las entidades de seguridad social de corto plazo, permitiría que a nivel nacional se puedan obtener EPP de bioseguridad de manera accesible; igualmente, se debe tomar en cuenta que en la administración pública las compras están sujetas a procedimientos administrativos, que en muchos casos suelen ser burocráticos, por lo que ante una pandemia era importante considerar este tipo de excepciones a efecto de garantizar contrataciones directas.

Posteriormente, el 25 de marzo de 2020, se emitió el Decreto Supremo N° 4201 que tiene por objeto asignar funciones a la Central de Abastecimientos y Suministros de Salud (CEASS), estableciendo procedimientos y mecanismos ágiles y oportunos para la adquisición de equipamiento médico, entre otras cosas, para el periodo de implementación de las acciones y medidas de vigilancia epidemiológica, prevención, contención, diagnóstico, atención y tratamiento de la enfermedad del coronavirus (COVID-19) dentro del territorio nacional. Al respecto, es menester aclarar que el CEASS fue creado por Decreto Supremo N° 27943 de 20 de diciembre de 2002 y se constituye en una institución pública descentralizada que asume funciones operativas especializadas delegadas por la MAE del Ministerio de Salud y bajo tuición de esta cartera de Estado; por lo tanto, según esta normativa, establece como responsable de la adquisición de estos insumos a la referida institución.

En el Decreto Supremo N° 4205 de 1 de abril de 2020, se reglamenta la Ley N° 1293 de la misma fecha, que establece, en su parágrafo III, del Artículo 3, que: *“Las entidades, establecimientos de salud, clínicas y otros que brindan atención en salud en los subsectores de salud público, de la seguridad social de corto plazo y privado y otras entidades reconocidas por el Sistema Nacional de Salud de todo el territorio nacional, están obligadas a (...) dotar las medidas de bioseguridad en favor de sus servidores públicos o trabajadores, (...) en coordinación con las autoridades del Sistema Nacional de Salud”*. Por lo que se dispone que los establecimientos de salud, pertenecientes al Sistema Nacional de Salud, están obligados a dotar de EPP de bioseguridad para el personal de salud.

En específico a las entidades de la seguridad social de corto plazo, el parágrafo I del Artículo 4 del referido decreto, señala que: *“En el marco de la declaratoria de emergencia sanitaria nacional, las entidades de la seguridad social de corto plazo deben disponer de los recursos acumulados en caja y bancos con la finalidad de priorizar obligatoriamente la adquisición de equipos de bioseguridad, (...) a fin de proporcionar la atención a sus afiliados para enfrentar la emergencia sanitaria nacional por el Coronavirus (COVID-19)”*. Esta determinación dispone la utilización de recursos con una priorización obligatoria en materia de EPP de bioseguridad, que tendría como destino suministrar la atención a sus afiliados, por lo que este subsector del Sistema Nacional de Salud también se encuentra obligado por este cuerpo normativo. En cuanto a las ETAs, el parágrafo II del mismo Artículo señala que: *“Conforme el Parágrafo III del Artículo 81 de la Ley N° 031, de 19 de julio de 2010, Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés*

*Ibáñez” y el Artículo 10 de la Ley N° 1152, de 20 de febrero de 2019, las Entidades Territoriales Autónomas proveerán de los equipos de bioseguridad, (...) para los establecimientos de salud del subsector público para enfrentar la emergencia sanitaria nacional por el Coronavirus (COVID-19)”. Esta competencia concurrente de salud, determinada en la Constitución Política del Estado, dispone que los gobiernos departamentales, gobiernos municipales y gobiernos indígena originario campesinos, tienen competencias específicas, por lo que dentro del presente Decreto Supremo se reafirma lo previsto y dispone la provisión de EPP de bioseguridad para el personal de salud dentro de sus jurisdicciones. El siguiente párrafo del mismo Artículo establece que: “El Ministerio de Salud podrá coadyuvar en el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud realizando la adquisición de equipos de bioseguridad, (...) mientras dure la emergencia sanitaria nacional por el Coronavirus (COVID-19)”. Al efecto, resulta contradictorio, que el nivel central, conceda la facultad de dotar de EPP de bioseguridad al Ministerio de Salud, cuando por mandato legal contenido en el Decreto Supremo N° 4205 de 1° de abril de 2020, establece que esta cartera de Estado se constituye en el órgano rector del Sistema Nacional de Salud, designación que implica una obligación (entre otras) de dotar estos insumos al personal de salud ante una emergencia sanitaria por una pandemia.*

El 24 de abril de 2020, a través del Decreto Supremo N° 4224, se autoriza a la Agencia de Infraestructura en Salud y Equipamiento Médico (AISEM), mientras dure la declaratoria de emergencia sanitaria nacional, gestionar y/o adquirir insumos médicos. La AISEM es una institución creada el 24 de agosto del año 2017 bajo tuición del Ministerio de Salud, que tiene por finalidad principal la de ejecutar programas y/o proyectos de establecimientos de salud hospitalarios y de institutos de cuarto nivel de salud, en el marco de las competencias otorgadas al Ministerio de Salud. Por lo que se evidencia que la responsabilidad de adquisición de estos insumos, recae en ambas instituciones descentralizadas del Ministerio de Salud, cartera de Estado que, conforme al Artículo 27 de la Ley N° 1178, debe ejercer control externo posterior de todas las actividades realizadas por las referidas entidades descentralizadas, por lo tanto, la responsabilidad final en la adquisición de estos insumos recaería en el ente rector del Sistema Nacional de Salud.

Adicionalmente, esta potestad se encuentra inserta en el párrafo IV del Artículo 4, del Decreto Supremo N° 4205, que señala que: *“Las adquisiciones realizadas por las entidades señaladas en el Parágrafo I y II del presente Artículo, serán coordinadas e informadas al Ministerio de Salud, a fin de garantizar la oportunidad, pertinencia, eficacia y eficiencia, así como evitar la duplicidad dentro del Sistema Nacional de Salud”*. Por lo que resalta, con mayor énfasis, esa coordinación que debió exigir el Ministerio de Salud con todo el Sistema Nacional de Salud; solo de esta forma, ejerciendo la rectoría se podría garantizar la oportunidad, pertinencia, eficacia y eficiencia de la dotación de los EPP de bioseguridad para el personal médico.

En cuanto a tiempos, son dos momentos para la consideración de oportunidad en la adquisición y dotación de EPP de bioseguridad; el primero, cuando la OMS en virtud a los criterios y datos obtenidos de la evolución de la COVID-19, el 30 de enero de 2020 declaró como una ESPII (emergencia de salud pública de importancia internacional),<sup>440</sup> a nivel internacional (pese que

<sup>440</sup> <https://www.who.int/es/news-room/detail/29-06-2020-COVIDtimeline>



se conoció públicamente desde diciembre de la anterior gestión, el “surgimiento” de este nuevo coronavirus en la región de Wuhan, China), y el segundo, cuando a nivel nacional se registró el primer caso positivo el 10 de marzo de 2020; por lo que, si tomamos en cuenta tanto la declaración de ESPII por parte de la OMS, y el registro del paciente 0 en nuestro país, las acciones en cuanto la adquisición y compra de EPP de bioseguridad, al menos en instrumentos jurídicos, fue tardía e inoportuna.

Por otro lado, se tomó conocimiento por reportes de medios de prensa que el Ministerio de Salud, en el mes de enero, entregó material de bioseguridad a 10 hospitales que serían designados como centinelas para la atención de la COVID-19; esta dotación habría sido coordinada con la OMS/OPS, y aunque no se precisó la cantidad exacta, las autoridades de la referida cartera de Estado afirmaron que sería suficiente para la cobertura total del personal de salud de los referidos establecimientos de salud.

Esta situación vaticinaba, aparentemente, que el Estado se encontraba en constante coordinación con estos organismos internacionales y que se tomaría una correcta y adecuada dotación de EPP de bioseguridad para el personal de salud; empero, no se obtuvo mayores reportes hasta el mes de marzo, cuando la Defensoría del Pueblo emitió comunicado respecto a la llegada de la COVID-19 al país, y exhortó al Ministerio de Salud, como ente rector en la materia, a asumir la responsabilidad de actuar de manera oportuna para que este flagelo no cobre vidas en Bolivia.<sup>441</sup> En ese mes, el Ministerio de Salud, nuevamente, informó que adquirió material de bioseguridad y, por su parte, la OPS manifestó que entregaría en calidad de donación 300 kilos de EPP de bioseguridad de nivel cuatro, además, se conoció que la República Popular China donó más de 100.000 barbijos. De esta manera, el panorama pareciera redimirse de forma parcial a algunas adquisiciones propias por el Estado, porque en su gran mayoría se circunscribía a donaciones y ayuda internacional. Sin embargo, la ayuda no solo provenía internacionalmente, empresas como la Cervecería Boliviana Nacional entregó 80.000 barbijos, entre otros insumos, para la lucha contra la COVID-19, y el Ministerio de Salud entregó insumos de bioseguridad que constaron de 117.500 barbijos, 187.900 guantes descartables, 72.650 guantes quirúrgicos estériles, 7.500 barbijos N9 y 28.400 botas desechables para hospitales, clínicas y centros médicos de todo el país. Finalizando el mes de marzo, la Defensoría del Pueblo solicitó al Gobierno asegurar la protección del personal médico y de salud que se encontraba haciendo frente al coronavirus en el país, y dotar con urgencia de los equipos de bioseguridad e insumos necesarios para cuidar la salud de estos profesionales (...).<sup>442</sup>

En el mes de abril, se registró el apoyo de personas privadas en el departamento de Cochabamba y La Paz (apoyo de SIRMES), sin embargo, no se conocía con precisión si el Ministerio de Salud estaría dotando de este insumo para el personal médico, considerando que para ese mes, ya se contaba con un total de 1.167 casos confirmados a nivel nacional. Los partícipes de las donaciones fueron diversos, la iglesia católica que coadyuvó donando 1.100 EPP de bioseguridad; en el mes de mayo se recibió, nuevamente, la colaboración de la

<sup>441</sup> <https://www.defensoria.gob.bo/noticias/comunicado>

<sup>442</sup> <https://www.defensoria.gob.bo/noticias/defensoria-del-pueblo-observa-escasa-informacion-oficial-sobre-las-limitaciones-del-sistema-de-salud-para-hacer-frente-al-COVID-19>

República Popular de China y de la Cervecería Boliviana Nacional, estas últimas especificaron que en total entregaron 1.590 trajes de bioseguridad, 15.000 guantes de látex, 15.000 guantes de nitrilo, 5.000 barbijos N95, 15.000 batas quirúrgicas, entre otros; de igual manera, la República de Corea donó a Bolivia 550.000 dólares para la adquisición de 10.000 equipos de bioseguridad. A estas donaciones se sumaron, durante los meses de junio, julio y agosto, la UNICEF, Save The Children y los gobiernos de México y Japón. De lo descrito, previamente, se advierte que estos EPP de bioseguridad corresponden a donaciones de diversos actores, información que no pudo ser contrarrestada, toda vez que el Ministerio de Salud no publicó oficialmente la cantidad de EPP de bioseguridad adquirida y donada durante la emergencia sanitaria, situación que denota falta de transparencia; por otro lado, tampoco respondió a la solicitud de información realizada por la Defensoría del Pueblo el 23 de septiembre de 2020, mediante nota cite DP-ADCDH-UCD-108.13/2020.

Durante el transcurso de los meses de la emergencia sanitaria, los medios de prensa reportaron reiteradas protestas ante la falta de dotación de EPP de bioseguridad. En febrero, personal de salud del Hospital Santa Bárbara del departamento de Chuquisaca reclamó esta situación; tan solo un mes después, médicos del país se declararon en estado de emergencia, afirmando que no contaban con los recursos suficientes para afrontar la pandemia de COVID-19; el Representante del SIRMES de La Paz denunció que varios hospitales no contaban con insumos que el personal de salud precisa para atender los casos de COVID-19, esto se repitió con trabajadores de salud del complejo de Miraflores de la ciudad de La Paz. De igual manera, la Presidenta de la Sociedad de Bioquímica Clínica de La Paz manifestó que iban a necesitar mucho más apoyo en cuanto a reactivos y equipos de bioseguridad, inclusive se registró la renuncia del Director del Hospital Japonés de Santa Cruz, quien alegó falta de coordinación en la entrega de material de bioseguridad.

El 3 de mayo de 2020, la Defensoría del Pueblo advirtió deficiencias en las medidas contra la COVID-19 en centros de salud, poniendo en riesgo la salud y la vida en el departamento del Beni; señaló que *“la salud y la vida del personal médico y de toda la población del Beni, se encuentran en riesgo como resultado de las deficiencias que enfrentan los establecimientos de salud en cuanto a falta de medidas de bioseguridad, insuficiente personal en salud, falta de reactivos e insumos para realizar pruebas de COVID-19, y falta de acceso a información veraz y oportuna (...).”*<sup>443</sup> Ese era el panorama que denotaba abandono al personal de salud por la falta de dotación de EPP de bioseguridad.

En el mes de abril para adelante los reclamos no cesaron y los pedidos fueron en aumento, nuevamente, se registró pedidos de galenos, colegios departamentales y SIRMES, personal de laboratorio, inclusive se reportó que médicos atendían con batas de nylon, sin ningún equipo de bioseguridad, denunciando abandono por parte del Gobierno; a este efecto, la Secretaria Ejecutiva de la Confederación Sindical de Trabajadores en Salud Pública en Bolivia, dijo que el personal médico asiste a sus fuentes laborales con miedo y preocupación de ser infectados porque no cuentan con los insumos de bioseguridad. Ante estos constantes reclamos,

<sup>443</sup> <https://www.defensoria.gob.bo/noticias/defensoria-del-pueblo-advierte-deficiencias-en-medidas-contra-el-COVID-19-en-centros-de-salud-que-ponen-en-riesgo-la-salud-y-la-vida-en-el-departamento-del-beni>

paradójicamente, el 23 de abril de 2020 la ex Presidenta Jeanine Añez culpó a los SEDES por la falta de equipos de bioseguridad, lo que implica y denota una total descoordinación por parte de Gobierno central con las ETAs. Además, la normativa emitida por el propio Órgano Ejecutivo disponía la rectoría de salud y la “posibilidad” de coadyuvar; por lo tanto, esta instancia no cumplió con su obligación, toda vez que el desabastecimiento y los reclamos eran públicos, dejando de garantizar algo tan esencial y básico como la dotación del EPP de bioseguridad, poniendo en riesgo la salud y vida del personal de salud.

Por otra parte, se deben considerar los relatos y experiencias vividas por parte del personal de salud. En los testimonios obtenidos refirieron, por ejemplo, que: *“desde el inicio de la pandemia no recibimos el equipo de protección personal de manera oportuna (...)”*; *“de inicio se tuvo muchas carencias, no había la cantidad suficiente de EPP (...)”*; otro galeno señaló *“casi dos meses estuvimos carentes de EPP (...)”*; otro médico, perteneciente a la seguridad social de corto plazo dijo que *“en cuanto al equipo de bioseguridad, no nos dieron desde el primer momento en que empezó la pandemia, que fue un proceso (...)”*; otro médico en Santa Cruz señaló que *“al inicio de la pandemia no recibimos equipos de bioseguridad de manera oportuna, fue después que nos proporcionaron (...)”*; otro galeno de Potosí refirió que *“desde el inicio de la pandemia, la entrega de EPP fue progresiva, no ha sido todo el equipo desde el principio pero fue mejorando (...)”*.

Estos testimonios son prueba fehaciente de que, durante los primeros meses de atención a la pandemia, no se les dotó oportunamente de EPP de bioseguridad al personal de salud, situación que es coincidente con lo referido en las quejas y reclamos en medios de prensa; la oportunidad es fundamental tomando en cuenta que se debió prever la dotación, el hecho de no garantizar esta situación atentó, directamente, contra la vida y la salud de los pacientes y del personal de salud, quienes fueron abandonados en este aspecto. Si se toma en cuenta los tiempos de las alertas internacionales, la declaración de pandemia y el primer caso en Bolivia, el Estado Boliviano tenía el tiempo suficiente para prever y dotar oportunamente de EPP de bioseguridad a todo el personal de salud del Sistema Nacional de Salud.

La no provisión oportuna persistió durante la fase de contingencia y crítica en el país por el alto nivel de contagio; en el mes de mayo, ante el colapso suscitado en el departamento de Beni, los medios de prensa informaron que los profesionales en salud no tenían las condiciones adecuadas para atender a los infectados, el equipo de bioseguridad era escaso, sin embargo, estas denuncias públicas pasaron desapercibidas por las autoridades nacionales, quienes se limitaban a culpar a otras instancias y ninguna de ellas asumía la responsabilidad para la dotación. Durante este mes, el departamento del Beni fue el que contó con mayores casos positivos, motivo por el cual el Presidente del Comité Cívico de esa región, exigió que el Gobierno declare “zona de desastre” por la crisis sanitaria que llevó al colapso hospitalario. En medio de la falta de equipos de bioseguridad se enfrentó protestas en las calles con gritos de “bioseguridad”; a la par, en el departamento de La Paz, iniciaron protestas de brazos caídos.

En el mes de junio, el Presidente de la Sociedad Boliviana de Terapia Intensiva advirtió que los equipos de bioseguridad para los profesionales y trabajadores en salud se agotaban. Nosocomios suspendían la atención a pacientes porque el personal de salud se encontraba

contagiado, alegaron que no contaban con EPP de bioseguridad; en El Alto y Santa Cruz, las medidas llegaron hasta piquetes de huelgas por el pedido de estos insumos, de igual manera, el Presidente de la Sociedad Boliviana de Neumología denunció, públicamente, que no tenían EPP de bioseguridad. En julio, se registró huelga de hambre de los trabajadores del Hospital San Juan de Dios de Santa Cruz y convocaron a un paro de 48 horas en varios hospitales en demanda de insumos de bioseguridad. Profesionales de salud en el municipio de Quillacollo, en el departamento de Cochabamba, protestaron contra la precariedad laboral por falta de dotación de implementos de bioseguridad, entre otros.

De lo señalado y una vez cotejado los reportes de medios de prensa en cuanto a las adquisiciones insuficientes que derivó en innumerables y constantes reclamos por la carencia de estos insumos de bioseguridad para el personal de salud, se evidenciaba un panorama desastroso y de abandono a este grupo, que lo puso en especial vulnerabilidad por estar en primera línea de atención a pacientes de COVID-19, generando riesgo en la salud y la vida de los mismos.

Es necesario considerar los testimonios del personal de salud en cuanto a la insuficiente dotación de estos EP, como el de un médico de El Alto que manifestó: *“Cuando inicié mi trabajo con respecto al equipo de protección personal, si accedí a ellos para ingresar a las zonas rojas, sin embargo, este equipo siempre es reutilizable ya que la institución no cuenta con una cantidad suficiente. Por otra parte, lo que es descartable tiene que reutilizarse y tener un proceso de desinfección para que vuelva a utilizarse, imagino que no hay muchos equipos de protección para el personal por el mismo hecho de que no hay gestión y tampoco hay la dotación respectiva por parte de las autoridades correspondientes (...)”*; otro galeno perteneciente a la seguridad social de corto plazo dijo: *“se ha contado con el equipo de protección personal, eso en el equipo de respuesta inmediata pero en atenciones a pacientes de enfermedades comunes ellos se han limitado (...)”*. En cambio, otro médico señaló: *“para la atención de pacientes habituales de enfermedades comunes, el equipo de bioseguridad era limitado, no se ha utilizado los barbijos N95, si se utilizó las mascarillas y lentes. (...)”*; un Jefe Médico manifestó: *“desde el inicio de la pandemia no recibimos el Equipo de Protección Personal de manera oportuna por parte del Gobierno Autónomo Municipal de Cochabamba, pero sí recibimos donaciones de ONGs e instituciones privadas, también del Ministerio de Salud, por lo que tuvimos que adquirir por cuenta propia el material de bioseguridad porque el servicio era de 24 horas (...). Existió mala organización tanto por parte de la Gobernación y la Alcaldía, a raíz de ello no se contaba con material de bioseguridad (...)”*; otro médico de la Seguridad Social a Corto Plazo dijo que *“... no nos otorgaron los EPP de manera suficiente y durante toda la cuarentena rígida usaron un solo mameluco de bioseguridad (...)”*. Otro médico sostuvo: *“casi dos meses estuvimos carentes de EPP (...). Si bien el hospital nos ha dotado de toda la ropa algunos se compraban de afuera, más que todo por seguridad personal”*. En Santa Cruz, otro médico manifestó: *“yo como anestesiólogo con mucha carencia de equipo de bioseguridad, adquirí con mis propios recursos por preservar mi salud, tuve que hacer una gran inversión económica para todo ello (...), lastimosamente el Sistema de Salud en toda Bolivia, no simplemente en Santa Cruz, ha sido completamente abandonado y con esta pandemia no estamos preparados para nada, no tenemos equipamiento, no tenemos material, si antes de la pandemia no contábamos con los recursos humanos, materiales físicos dentro de los hospitales (...)”*. En el mismo departamento, otro galeno señaló: *“no nos daban lo suficiente (...)”*. En Pando manifestaron: *“(...) Dependiendo del cuadro del paciente, nosotros llegamos y*

*nos vestíamos en un lugar asignado por el personal del SEDES, a veces no teníamos equipos de bioseguridad, la mayoría de las veces llevé equipo que me compraba. Nos daban apenas, gorro, barbijo y las botas. Algunas veces sí nos daban los equipos de bioseguridad, que eran lavados, a algunos colegas les salió alergia o alguna otra cosa al usar esos trajes, por lo que decidimos llevar nuestros propios equipos (...)*. Otro médico señaló: *"(...) no teníamos los barbijos N95, los gorros, las botas, con un mismo guante teníamos que atender a todos los pacientes cuando nos tocaba ir a hacer toma de signos vitales y administración de medicamentos y demás, y los guantes comenzaron a escasear con el tiempo, porque comenzamos con cuatro a cinco pacientes y llegamos a atender casi 60 pacientes por turno, sobre todo cuando ya comenzó el brote total donde teníamos nosotros que embalar incluso muertos, tanto médicos como enfermeras, paciente que moría y la verdad de que eso fue el tope"*.

Todos estos testimonios reflejan total carencia de los EPP de bioseguridad, evidenciándose que tanto el Gobierno central, en el marco de la rectoría de Salud, como las ETAs y los establecimientos de salud, vulneraron los derechos a la vida, a la salud y la integralidad del personal de salud, tal como lo refiere la CIDH, por la evidente falta de dotación de EPP de bioseguridad, situación que motivó a que el personal médico tuviera que comprar con recursos propios sus insumos de bioseguridad para desarrollar sus funciones laborales, por lo que el accionar del Estado, además de ser inoportuno, considerando las fechas de emisión de los decretos supremos, los anuncios de ESPII por parte de la OMS y el primer contagio oficial a nivel nacional, fue ineficaz por los constates reclamos y quejas del personal de salud, que fue corroborado con la toma de testimonios que mostraron que, efectivamente, los EPP de bioseguridad fueron insuficientes para el personal de salud.

La Defensoría del Pueblo, a efecto de evidenciar estos extremos, durante la gestión realizó diversas actividades, entre verificaciones, entrevistas, toma de testimonios y otros, para conocer la situación que vivió el personal de salud en cuanto a la dotación de EPP de bioseguridad. A través de su Coordinación Regional de Desaguadero del departamento de La Paz, el 31 de enero de 2020, como resultado de una verificación al Centro de Salud de ese municipio, se constató que éste, únicamente, contaba con dos unidades de EPP de bioseguridad, (dos barbijos N95, guantes especiales, botas y lentes de protección). Esta región se constituye como un punto de tránsito comercial, además cuenta con un elevado flujo de personas tomando en cuenta que es una localidad fronteriza de paso y comercio con el Perú, y se encontraba en alerta por el registro de cuatro casos de sospechosos (según datos del Censo 2012, la población en Desaguadero alcanzó a 4,065 habitantes). Antes del registro del primer caso oficial de COVID-19, no se contaba con la respectiva indumentaria para el personal médico, al menos de ese establecimiento fronterizo.

Durante el mes de abril, para constatar la indumentaria de bioseguridad para el personal de salud y la frecuencia con la que se ésta se cambia, se obtuvo información de los hospitales públicos y de seguridad social a corto plazo del Sistema Nacional de Salud, obteniendo los siguientes datos:

El Centro de Salud del Desaguadero, referido previamente, ya contaba con 25 unidades de EPP de bioseguridad, en cambio en el Hospital del Niño San Pedro Claver y el Hospital del

Niño, ambos de Chuquisaca, contaban con insumos únicamente para un mes; en Santa Cruz, en el Hospital “El Bajío del Oriente”, se constató que contaban con 460 trabajadores de salud y que la dotación era escasa, recibiendo por día hasta 15 EPP de bioseguridad, y que al menos tendrían que dotarles 20 de estos insumos; en el Hospital de la Mujer “Percy Boland Rodríguez”, en el mismo departamento, los EPP eran escasos, de igual manera en el Hospital Viejo de Riberalta en Beni.

De las entrevistas realizadas a los directores técnicos de los SEDES, en cuanto a la dotación de EPP de bioseguridad para el personal médico, se advierte que no existe una uniformidad en los criterios asumidos por las autoridades sanitarias a nivel departamental. En el Departamento de La Paz, según lo informado, serían los hospitales los responsables de la dotación de estos insumos al personal de salud, en cambio, la única autoridad que refirió que consideraba las recomendaciones de la OMS fue la de Oruro y en los departamentos de Potosí, Cochabamba y Chuquisaca, fue a requerimiento de los establecimientos de salud; en Tarija tomaron en cuenta las competencias de las ETAs; en Santa Cruz dotaron a los hospitales de atención COVID-19 y en Pando, habrían recibido dotación, inicialmente, por parte del Ministerio de Salud, cabe mencionar que es el único departamento que refiere que recibió colaboración por parte del ente rector. Por lo señalado, se denota que más allá de la uniformidad de criterios asumidos, respaldados en la autonomía de cada una de ellas, no existiría una estrategia de dotación de EPP de bioseguridad a nivel nacional y, lamentablemente, pareciera que se responde ante la “necesidad” que a grandes rasgos fue prioritaria durante la fase previa y contingencia de la pandemia a nivel nacional, por lo que los criterios fueron improvisados.

En las entrevistas realizadas a 23 Directores de hospitales COVID-19, respecto a la dotación de los EPP de bioseguridad, se constató que en 11 (Hospital Solomon Klein, Hospital del Sud, Hospital del Norte y Hospital Clínico Viedma en Cochabamba, Centro Centinela COVID de Beni, Hospital General Bloque Oruro Corea de Oruro, Hospital Centro COVID de Potosí, Hospital del Norte de El Alto, Hospital COVID “Hernan Messutti Ribera” de Pando, Hospital San Pedro Claver de Chuquisaca y el Hospital de la Caja Petrolera de Salud de La Paz), que representan un 48%, alegaron, al menos, no contar con una dotación de estos insumos de manera adecuada y suficiente; en cuanto a la oportunidad, recibieron dotación al inicio de la pandemia (marzo – abril) en ocho nosocomios (Hospital Solomon Klein y Hospital del Sud en Cochabamba, Hospital General Bloque Oruro Corea de Oruro, Hospital Centro COVID de Potosí, Hospital Obrero N° 2 de la Caja Nacional de Salud de Beni, Hospital Obrero N° 7 de Tarija, Hospital General N° 8 de la Caja Nacional de Salud de La Paz y el Hospital de la Caja Petrolera de Salud La Paz). Estos extremos denotan que la dotación de los EPP de bioseguridad a los hospitales COVID-19 a nivel nacional no fue adecuada, ni correcta, inclusive, no fue oportuna; esta situación contradice lo recomendado por la CIDH, al menos con relación a la afronta de la pandemia con la respectiva dotación al personal de salud, por lo que se puso en riesgo la vida y la salud de este sector y la de sus pacientes. Ante esta carencia de insumos, se debe considerar lo manifestado por el personal médico en la toma de testimonios realizada por la Defensoría del Pueblo, en los que se constató que, en cuanto a la dotación de estos insumos, muchos alegaron la carencia de los mismos.



De igual manera, ante este abandono del personal de salud, en 16 hospitales que representan un 70% (Hospital Solomon Klein, Hospital del Sud y Hospital Clínico Viedma en Cochabamba, Centro Centinela COVID en Beni, Hospital General Bloque Oruro Corea en Oruro, Hospital Regional San Juan de Dios en Tarija, Hospital Centro COVID en Potosí, Hospital San Pedro Claver en Chuquisaca, Hospital Obrero N° 2 de la Caja Nacional de Salud en Beni, Hospital Obrero N° 4 de la Caja Nacional de Salud de Oruro, Hospital Obrero N° 7 de Tarija, Hospital Obrero de la Caja Nacional de salud de Potosí, Hospital General N° 8 de la Caja Nacional de Salud y Hospital Caja Petrolera de Salud en La Paz, Hospital Obrero N° 6 de la Caja Nacional de Salud de Chuquisaca y Hospital de la Caja Petrolera de Salud de Santa Cruz), se presentaron quejas, demandas y peticiones, solicitando mayor dotación de estos insumos; esta desesperación no solamente terminó en estos pedidos, lamentablemente, ante esta situación en al menos dos hospitales, que representan un 9%, el personal de salud tuvo la necesidad de comprar con sus propios recursos los EPP de bioseguridad (Hospital del Sud de Cochabamba y el Hospital Centro COVID de Potosí).

De la dotación recibida se consigna que en cuatro hospitales, que representan el 17% (Hospital Solomon Klein y Hospital Clínico Viedma, en Cochabamba, Centro Centinela COVID de Beni y Hospital COVID "Hernán Messutti Ribera" de Pando), recibieron los EPP de bioseguridad por parte del Ministerio de Salud; en tres hospitales (Hospital Solomon Klein y Hospital del Sud en Cochabamba y el Centro Centinela COVID de Beni) que son el 13%, recibieron del Gobierno Autónomo Departamental; en dos hospitales (Hospital Solomon Klein y Hospital del Sud en Cochabamba), que son el 9%, recibieron la dotación del Gobierno Autónomo Municipal. En cambio, en los cuatro primeros hospitales (Hospital Solomon Klein, Hospital del Sud y Hospital Clínico Viedma en Cochabamba y el Centro Centinela COVID de Beni), recibieron una donación de parte de actores privados, representantes de iglesias y otros del ámbito nacional. El Hospital del Norte de El Alto, que representa el 4%, recibió donación por parte de organismos internacionales. Lo que llama la atención es que las donaciones recibidas fueron mayores a la dotación de las autoridades a nivel nacional y en cada jurisdicción, por lo que la obligación de las autoridades de entregar los EPP fue deficiente.

En dos hospitales (Hospital Clínico Viedma de Cochabamba y el Hospital del Norte de El Alto) que representan el 9%, compraron estos insumos con recursos propios y en otros cuatro, (Hospital Solomon Klein y Hospital Clínico Viedma en Cochabamba, Hospital Bloque Oruro Corea de Oruro y el Hospital San Pedro Claver de Chuquisca), que representan el 17%, alegaron tener problemas en la compra de los EPP de bioseguridad por temas administrativos burocráticos, escasez en el mercado e inclusive sobreprecio de estos insumos; finalmente en dos nosocomios, (Hospital Solomon Klein y Hospital del Sud) sostuvieron que tuvieron problemas con las características de los EPP de bioseguridad adquiridos (en compra o donación), los mismos no cumplirían lo requerido para el tratamiento de la COVID-19.

Entre los casos emblemáticos para comparar las acciones realizadas, se puede citar al Hospital Japonés de Santa Cruz, donde sí tomaron en cuenta las recomendaciones de la OMS, realizaron actividades de socialización entre el propio personal de salud a fin de informar a cabalidad sobre el uso de estos insumos, e inclusive, instalaron un consultorio exclusivo; con estas iniciativas propias lograron reducir las quejas, siendo un ejemplo positivo a nivel



nacional. Probablemente, este tipo de actividades debería ser un común denominador entre los establecimientos COVID-19, precisamente, bajo una directriz por parte del ente rector, sin embargo, el Ministerio de Salud no habría tenido iniciativa propia ante esta situación de emergencia por la carencia de EPP de bioseguridad, que además en el caso de Beni, les solicitaron mayor dotación sin contar con una respuesta favorable.

Finalmente, se debe tomar en cuenta que el 80% de las personas son "asintomáticas", no presentan ninguna señal de portar el COVID-19,<sup>444</sup> sin embargo, pueden contagiar a otros por lo que también resulta importante conocer sobre la dotación de los EPP de bioseguridad en establecimientos de salud que no fueran declarados para atención de pacientes con coronavirus. En ese sentido, en las entrevistas a 15 directores de estos centros de salud, se constató que nueve (Hospital Policlínico de Atención Integral en Salud de Especialidades-PAISE de la Caja Nacional de Salud, Hospital Policlínico de la Caja Petrolera de Salud, Hospital Cochabamba Segundo Nivel, Hospital Centro Integral de Medicina Familiar -CIMFA de la CNS y Hospital Centro de Salud Quintanilla en Cochabamba, Hospital Centro de Salud de Beni, Hospital San Roque de Potosí, Hospital Municipal Modelo Corea de El Alto y Hospital Roberto Galindo Terán de Pando), que representan un 60%, alegaron no contar con una dotación de estos insumos de manera oportuna, adecuada y suficiente.

Sobre la dotación de estos equipos al inicio de la pandemia (marzo – abril), en nueve hospitales (Hospital Policlínico de Atención Integral en Salud de Especialidades-PAISE de la Caja Nacional de Salud, Hospital Policlínico de la Caja Petrolera de Salud, Hospital Cochabamba de Segundo Nivel y Hospital Centro Integral de Medicina Familiar CIMFA de la CNS, en Cochabamba, Hospital Centro de Salud de Beni, Hospital San Roque de Potosí, Hospital Municipal Modelo Corea de El Alto, Hospital Roberto Galindo Terán de Pando y el Hospital Francies de Segundo Nivel de Santa Cruz) que representan un 60%, señalaron que no recibieron de manera oportuna estos EPP de bioseguridad; estos extremos denotan que la dotación a los hospitales No COVID-19, a nivel nacional, no fue adecuada, ni correcta, inclusive, no fue oportuna. Esta situación coincide con la de los hospitales COVID-19 donde se les debía dotar con mayor prioridad.

De la dotación recibida, se consigna que en dos hospitales (Hospital Centro de Salud Quintanilla de Cochabamba y el Hospital Municipal Modelo Corea de El Alto), que son el 13%, recibieron los EPP de parte del Gobierno Autónomo Municipal y en tres hospitales (Hospital Centro de Salud Quintanilla de Cochabamba, Hospital Centro de Salud de Beni y el Hospital Municipal Modelo Corea de El Alto), que son 20%, recibieron la dotación de parte de actores privados, representantes de iglesias y otros del ámbito nacional. Nuevamente, las donaciones recibidas fueron mayores a la dotación de las autoridades, en este caso municipales, ya que no se consignó entrega de equipos de protección personal de bioseguridad de parte de autoridades nacionales o departamentales en cada jurisdicción, por lo que la obligación de dotación fue deficiente. Se tiene el caso de un nosocomio, el Hospital Centro de Salud Quintanilla de Cochabamba, que representa el 7%, donde compraron estos insumos con recursos propios;

<sup>444</sup> <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-COVID-19-algunas-personas-asintomatico-mientras-otras-letal-20200423083543.html>

en otros cinco, (Hospital San Roque de Potosí, Hospital Municipal Modelo Corea de El Alto, Hospital Roberto Galindo Terán de Pando, Hospital de la Caja Nacional de Salud Regional N° 9 de Pando y Hospital Francies de Segundo Nivel de Santa Cruz), que son el 33%, alegaron tener problemas en la compra de los EPP de bioseguridad por temas administrativos burocráticos, escasez en el mercado e inclusive sobreprecio de estos insumos, en otro hospital (Hospital Municipal Modelo Corea de El Alto) que es el 7%, sostuvieron que tuvieron problemas con las características de los EPP de bioseguridad adquiridos (en compra o donación), y que los mismos no cumplían lo requerido para el tratamiento de COVID-19.

La situación evidenciada en estos 38 establecimientos de salud es bastante similar. Al hacer la división de los hospitales para atención de pacientes COVID-19 y los no COVID-19, esta evidencia demuestra que, probablemente, la división realizada para la atención no fue gestionada conforme a las exigencias y requisitos mínimos, al menos en los EPP de bioseguridad, considerando que estos insumos tienen como objetivo la protección de un contagio para el personal de salud, y la carencia de los mismos implica una vulneración al derecho a la salud y a la vida de este sector, que debió ser potenciado, precisamente, para contar con condiciones de trabajo y protección. El no contar con los EPP de bioseguridad pudo ser un factor para que la propagación haya sido mayor y que el contagio masivo de la población se incremente de forma desmedida durante los meses de junio y agosto de la presente gestión. Además, en ambos tipos de establecimientos de salud, la dotación recibida en su mayoría fue por donaciones de privados u alguna otra organización ajena al Estado, por lo que la obligación de dotación, ya sea por el ente rector del Sistema Nacional de Salud o las autoridades de las ETAs, o en su defecto de los propios hospitales, fue totalmente deficiente, a lo que se suma que no se les brindó oportunamente, y que además se registraron problemas para la adquisición de los mismos, situación que debió ser prevista por el Estado.

En la respuesta a la solicitud de información a los SEDES, a nivel nacional, respecto a los EPP de bioseguridad, se observa que lo informado por escrito difiere de lo manifestado por las autoridades en las entrevistas; si bien es cierto que la naturaleza de la entrevista permite que las autoridades puedan brindar información solicitada en cualquier momento y de forma repentina, sin embargo, ésta difiere mucho de las respuestas por escrito de la misma instancia en cuanto a la dotación de EPP de bioseguridad. Al respecto, se puede mencionar entre otros, los siguientes casos:

En La Paz, la autoridad departamental, en la entrevista, manifestó que la obligación de comprar estos insumos recaía en los hospitales porque contaban con autonomía de gestión y presupuesto, pero que en algunos casos apoyaron a algunos establecimientos de salud; en cambio, la respuesta escrita señala que a nivel departamental se contaría con un plan departamental, con cinco componentes estratégicos y que la dotación de estos insumos sería según cada fase.

En Oruro, refirieron que tomaron en cuenta las recomendaciones de la OMS, empero por los respondido por escrito, los equipos se entregaron bajo solicitud de los establecimientos de salud. En Potosí y Cochabamba señalaron que la dotación sería a requerimiento de los establecimientos de salud, en Santa Cruz habrían dotado a establecimientos COVID-19,

ninguno remitió respuesta escrita; en Chuquisaca, informaron que la dotación sería en virtud a la función de la actividad que realiza el personal de salud, y que se habría abastecido incluso, diariamente, al personal que atiende a pacientes confirmados de COVID-19; en cambio por escrito señalaron que los dispositivos médicos contarían con el registro sanitario emitido por la AGEMED y que realizaron dotación en hospitales de todos los niveles en 29 municipios, tomando en cuenta el lineamiento del Ministerio de Salud y que su comité científico departamental habría establecido el procedimiento de uso de EPP.

En Tarija, en la entrevista informaron que la dotación fue implementada de acuerdo a las competencias de cada ETA; la dotación y disponibilidad habría variado por falta de recursos económicos, falta de proveedores a nivel local, insumos sin registro sanitario, alza de precios y desabastecimiento entre otros. La periodicidad de la dotación fue, aproximadamente, mensual o bimensual de acuerdo a los lugares de trabajo; así lo refirieron, también, de manera escrita. En Beni, indicaron que entregaron un stock de medicamentos al centro centinela de Trinidad, además de insumos, por requerimientos de los establecimientos durante mayo a julio; finalmente, en Pando realizaron dotación conforme a la cantidad que disponían, aunque señalan que la dotación de EPP al personal de salud correspondería a los GAMs.

De estos casos, se debe considerar que el único SEDES que mantuvo coherencia en lo informado mediante entrevista y en su respuesta por escrito fue el departamento de Tarija, los demás manifestaron otras características en cuanto a la estrategia de dotación de EPP de bioseguridad; la no uniformidad a nivel nacional y la ausencia de un posible lineamiento, produjo que exista una inadecuada dotación de EPP de bioseguridad.

En las entrevistas realizadas a los directores técnicos de los SEDES, en cuanto a la dotación de EPP de bioseguridad para el personal médico, se advierte que no existe una uniformidad en los criterios asumidos por las autoridades sanitarias a nivel departamental. En La Paz, según lo informado, serían los hospitales los responsables de la dotación al personal de salud de estos insumos; la única autoridad que refirió que consideraba las recomendaciones de la OMS fue Oruro; en los departamentos de Potosí, Cochabamba y Chuquisaca, la dotación se hizo a requerimiento de los establecimientos de salud; en Tarija tomaron en cuenta las competencias de los ETAs; en Santa Cruz dotaron a los hospitales de atención COVID-19; y en Pando habrían recibido dotación, inicialmente, por parte del Ministerio de Salud y cabe mencionar, que éste es el único departamento que refiere que recibió colaboración por parte del ente rector.

Por lo señalado, se denota que más allá de la uniformidad de criterios asumidos, respaldados en la autonomía de cada una de ellas, no existiría una estrategia de dotación de EPP de bioseguridad a nivel nacional y, lamentablemente, pareciera que se responde ante la “necesidad” que, a grandes rasgos, fue prioritaria durante la fase previa y contingencia de la pandemia a nivel nacional, por lo que los criterios fueron improvisados. Esta situación es coincidente con las respuestas emitidas por los gobiernos autónomos municipales en cuanto a la dotación de estos insumos y al respecto, se tiene que en Sucre realizaron la dotación por requerimiento en los centros de atención integral, con internación transitoria y centros de salud de primer nivel; en el municipio de Cercado de Tarija, Cobija y El Alto, informaron las características de los EPP de bioseguridad que habrían sido

entregados; en Pando entregaron a cada centro de salud. De esta situación se advierte que en estos municipios, a diferencia de las instancias departamentales, habrían tenido una participación más activa en cuanto a la dotación de estos insumos, sin embargo, a nivel nacional, no existiría un lineamiento uniforme en cuanto este tipo de dotación que es fundamental para el personal de salud en el marco de la pandemia.

En ese sentido, de lo informado por medios de prensa y las acciones de verificación defensorial, toma de testimonios, requerimientos de información y entrevistas realizadas, se tiene que existieron estos factores comunes, que el Estado no aseguró la disponibilidad y provisión oportuna de cantidades suficientes de EPP de bioseguridad, insumos de esencial uso para el personal de salud, evidenciando abandono del personal de salud, insuficiente e inoportuna dotación de EPP de bioseguridad a nivel nacional y, finalmente, que la falta de lineamientos de entrega de estos equipos, conforme prevé la CIDH, puso en riesgo el derecho a la salud y la vida del personal de salud en todo el país.

En cuanto a las características de los EPP de bioseguridad, se debe considerar lo establecido por la OMS, institución que emitió varios documentos técnicos para la población y otros dirigidos para el personal de salud, que se constituyen en lineamientos para la prevención y atención, y guías y requerimientos de insumos mínimos; en cuanto a la protección del personal médico, además, emitió "Requerimientos para uso de equipos de protección personal (EPP) para el nuevo Coronavirus (2019-nCoV) en establecimientos de salud"<sup>445</sup>. Este documento contiene consideraciones claves para comprender la COVID-19, una estimación del uso de los EPP y su nivel de uso según el nivel de atención y la descripción técnica y especificaciones de estos equipos. Las consideraciones realizadas fueron elaboradas para el 6 de febrero de 2020, y establecen dos parámetros de precaución para el cuidado de pacientes importantes, el establecido para cualquier caso sospechoso o confirmado de 2019-nCoV: precauciones estándares + contacto + precauciones en la transmisión por gotitas, y el de cualquier caso sospechoso o confirmado de 2019-nCoV y procedimientos generadores de aerosoles: precauciones estándares + contacto + transmisión aérea (aerosoles o núcleo de gotitas), diferenciándose cada una de ellas por el modelo de transmisión. Es importante señalar que estas provisiones eran preliminares y que todo uso de EPP de bioseguridad para el personal de salud debe estar establecido según la evaluación de riesgo por las actividades realizadas dentro del establecimiento médico.

Esta recomendación técnica está basada en estimaciones aproximadas y en ejercicios de simulación del uso de EPP en brotes con mecanismos de transmisión semejantes, tales como el síndrome respiratorio agudo severo (SARS, por sus siglas en inglés) y Síndrome Respiratorio por el Coronavirus del Medio Oriente (MERS, por sus siglas en inglés).

Desde este documento ya se daba la directriz que los casos sospechosos y confirmados de COVID-19 deben de ser aislados en habitaciones individuales adecuadamente ventiladas, y cuando las habitaciones individuales no estén disponibles, los pacientes con sospecha de infección deben de ser agrupados en conjunto (cohorte).

<sup>445</sup> [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51976/OPSPHEIHMCVID1920003\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51976/OPSPHEIHMCVID1920003_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

En cuanto a la cantidad de EPP de bioseguridad, para la atención a cada paciente por día estableció lo siguiente:

- 25 unidades de batas
- 25 unidades de mascarillas médicas
- 1 unidad de equipo de protección respiratorio (N95, FFP2 o su equivalente)
- 20 unidades de guantes no estériles
- 1 unidad de gafas o protector facial

De igual forma, establece el uso de EPP, según nivel de atención, que además de los dos párrafos anteriores, también define el que será utilizado para el triaje y la toma de muestras para diagnóstico laboratorial.

Tipo de atención	Higiene de manos	Batas	Mascarilla médica	Respirador (N95 o FFP2)	Gafas (protección ocular) o protector facial	Guantes
Triaje	X		X			
Toma de muestras para diagnóstico laboratorial	X	X		X	X	X
Caso sospechoso o confirmado que requiere admisión al establecimiento de salud y SIN procedimientos generadores de aerosoles	X	X	X		X	X
Caso sospechoso o confirmado que requiere admisión al establecimiento de salud y procedimientos generadores de aerosoles	X	X		X	X	X

Elaboración por parte de la OMS.

Cabe aclarar que los Procedimientos Generadores de Aerosoles (PGA) incluyen los procedimientos de ventilación con presión positiva (BIPAP y CPAP), entubación endotraqueal, succión de vías aéreas, ventilación oscilatoria de alta frecuencia, traqueostomía, fisioterapia torácica, tratamiento con nebulizadores, inducción de esputo y broncoscopía. Este tipo de procedimientos son en su gran mayoría provenientes de las unidades de terapia intensiva.

Partiendo de esa premisa, se debe entender cada uno de los tipos de atención. El triaje, es considerado como la clasificación a los pacientes de acuerdo a la urgencia de la atención. En este nivel de atención se requeriría lavado de manos y mascarillas médicas.

En caso del personal de salud que se encargue de la toma de muestras (laboratorios), este debería tener al menos un lavado de manos constante, batas, respiradores N95 o FFP2, gafas o protectores faciales y guantes.

Para el personal médico que atienda casos sospechosos o confirmados que requieran admisión al establecimiento de salud y sin procedimientos generadores de aerosoles, y para los que sí contengan procedimientos generadores de aerosoles, ambos requieren todo los tipos de protección ya descritos, solo con una diferencia, el primero solo con mascarillas , y el segundo ya necesita respiradores N95 o FFP2.

En específico, para el tema de mascarillas (barbijo) la OMS, emitió más documentos técnicos; estas recomendaciones fueron actualizadas hasta el 5 de junio de 2020.<sup>446</sup> Estos cuentan con datos científicos acerca del uso de mascarillas para prevenir la transmisión de la enfermedad por el coronavirus de 2019 (COVID-19 por el acrónimo inglés), así como una serie de consideraciones prácticas.

El uso de mascarillas forma parte de un conjunto integral de medidas de prevención y control que pueden limitar la propagación de determinadas enfermedades respiratorias causadas por virus, en particular la COVID-19. Sirven también para proteger a las personas sanas (cuando estas las emplean al entrar en contacto con una persona infectada) o para el control de fuentes (si una persona infectada la utiliza para no contagiar a otros).

Para comprender la transmisión del virus de la COVID-19, la OMS señaló que se ha comprobado que el virus causante de esta infección se transmite, principalmente, de persona a persona mediante las gotículas respiratorias y el contacto físico. La transmisión por gotículas se produce cuando una persona entra en contacto cercano (menos de un metro) con un individuo infectado y se expone a las gotículas que este expulsa, por ejemplo, al toser, estornudar o acercarse mucho, lo que da por resultado la entrada del virus por la nariz, la boca o los ojos (conjuntiva). El virus se puede transmitir también por objetos contaminados (fómites) presentes en el entorno inmediato de la persona infectada. Por consiguiente, la transmisión del virus de la COVID-19 puede darse por el contacto directo con personas infectadas o indirectamente por contacto con superficies del entorno inmediato u objetos que se usan para asistir al paciente o que éste utiliza (por ejemplo, estetoscopio o termómetro). De igual manera, en el referido documento, se establece que:

- Si no se efectúan PGA, la OMS recomienda que los trabajadores de salud que brindan atención directa a los enfermos de COVID-19 usen una mascarilla médica (amén de otro EPP que forme parte de las precauciones contra gotículas y contacto físico).
- En los lugares para enfermos de COVID-19 donde se practican PGA (por ejemplo, las unidades de cuidados intensivos y semintensivos para estos enfermos), recomienda que los trabajadores de salud usen una mascarilla filtrante (normas N95, FFP2 o FFP3 o equivalente).

Esta situación es coincidente con lo establecido en el primer documento citado, lo que indicaría que desde febrero para junio, cuentan con el mismo parámetro para el uso de mascarillas; el segundo documento determina mayores recomendaciones para el uso de las

<sup>446</sup> [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332657/WHO-2019-nCov-IPC\\_Masks-2020.4-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332657/WHO-2019-nCov-IPC_Masks-2020.4-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

maskarillas, por ejemplo, determina que el personal médico cuando esté usando este equipo, durante su turno, deberá cambiarlo si se humedece, ensucie o deteriore, no tocarlo para ajustarlo o desplazarlo del rostro por ningún motivo, en caso de hacerlo, deberá colocarse otra mascarilla nueva, previo el lavado de manos y desechar la usada, conjuntamente, con cualquier otro EPP y cambiarlo por uno nuevo después de atender a cualquier paciente que requiera precauciones contra gotículas o contacto por otros agentes patógenos. En particular para el personal médico que atiende a pacientes confirmados con COVID-19, y que efectúan PGA, los trabajadores de salud tienen que usar una mascarilla respiratoria filtrante de partículas que proporcione, como mínimo, la misma protección que los modelos N95 y N99 certificados por el NIOSH; modelo quirúrgico N95 de la FDA; la norma FFP2 o FFP3 de la Unión Europea o su equivalente.

Al respecto, los medios de prensa reflejaron que en varias oportunidades se habría dotado de EPP de bioseguridad, inclusive, por donaciones de instituciones privadas nacionales como internacionales; sin embargo, se corroboró que las mismas no fueron oportunas ni suficientes, ni se mencionó en su totalidad las características de estos insumos. Conforme lo recomendado por la OMS, los EPP de bioseguridad para atención de COVID-19, tienen que tener ciertas características específicas que logren la protección de los médicos, como de los pacientes. De los testimonios realizados al personal de salud, se debe considerar lo manifestado por un médico en cuanto a los EPP de bioseguridad, quien dijo *"(...) siempre reutilizable (...)"*; otro galeno manifestó que *"al inicio de la pandemia si nos dotaron de equipos de protección personal, pero en mi caso soy una persona de 1.80 metros, y era difícil conseguir mi talla (...)"*; otro manifestó *"(...) respecto a las características de bioseguridad y creo que para cualquier país tercermundista como el nuestro, es imposible cumplir las normas internacionales porque es imposible conseguir tantos barbijos para cada día, son por ejemplo seis barbijos por día de los simples y en esa época no había la posibilidad de brindarnos tantos, también los barbijos N95 se tenían que cambiar por lo menos una vez al día y eso no ha sido posible (...), pero al final de lejos no se ha cumplido las especificaciones internacionales"*. Otro manifestó que *"(...) durante toda la cuarentena rígida usaron un solo mameluco de bioseguridad, nos dieron guantes, gorro quirúrgico, barbijo quirúrgico y un solo barbijo N95. (...)"*. Finalmente, otro médico sostuvo que *"(...) todo el personal hacía turnos de 12 horas, estábamos 12 horas con un traje de bioseguridad atendiendo a casi 40 hasta 50 pacientes por turno; la verdad es que los trajes de bioseguridad no cumplían con todas las necesidades, sobre todo para nosotras las mujeres, para ir al baño, había bastante contaminación; por otra parte, no teníamos los barbijos N95, los gorros, las botas; con un mismo guante teníamos que atender a todos los pacientes cuando nos tocaba ir a hacer toma de signos vitales y administración de medicamentos y demás (...)"*.

Cabe recalcar que además, de las especificidades técnicas recomendadas por la OMS, en el caso nacional, en su mayoría los insumos de bioseguridad no contaban con estas características de protección, a esta dotación, que incluyó mamelucos fabricados sin considerar el tipo de tela, provocaron alergias, en cuestiones elementales como la talla e inclusive por cuestiones biológicas, pues la constitución del ser humano es distinta entre sexos; además, en reiteradas oportunidades los médicos señalaron que tuvieron que reutilizar los insumos, por lo que, tomando el ejemplo citado en la toma de testimonios, se constataron estos hechos, y finalmente, denota que los EPP de bioseguridad que



utilizaron los médicos no contaban con las características técnicas recomendadas internacionalmente.

Por lo manifestado, en cuanto a los EPP de bioseguridad, el Estado Boliviano, pese a realizar una división en la atención de hospitales de atención COVID-19 y los no COVID-19, no dotó conforme los requisitos para la atención de los mismos. Los insumos de bioseguridad sirven para la protección de contagio para el personal de salud, y ante una dotación inoportuna e insuficiente, que además no contaban con características mínimas sugeridas por la OMS, se puso en evidente riesgo la salud y la vida del personal de salud, que por ser un grupo vulnerable y encontrarse en línea directa de atención de la pandemia, su protección debió ser prioridad para todos los niveles del Estado, solo de esta manera se garantizaría adecuadas condiciones de trabajo; esta dotación ineficiente pudo coadyuvar en la propagación de la pandemia a nivel nacional, toda vez que considerando que los pacientes asintomáticos contagian, los hospitales no COVID-19, no contaban con una adecuada dotación, por lo tanto, ésta fue totalmente deficiente por parte del ente rector del Sistema Nacional de Salud, las autoridades de las ETA's y los establecimientos de salud pertenecientes al Sistema Nacional de Salud.



#### **IV. SE HA VULNERADO EL DERECHO A UN JUSTO SALARIO DEL PERSONAL DE SALUD**

La CIDH emitió la Resolución N° 4/2020 “Derechos Humanos de las Personas con COVID-19”<sup>447</sup> que contiene un acápite de directrices sobre la protección de los derechos de las personas trabajadoras de la salud y del cuidado que atienden personas con COVID-19, estableciendo que *“el derecho al cuidado profesional exige la debida garantía a los derechos laborales de las personas trabajadoras de la salud y del cuidado que deben incluir la protección a su estabilidad laboral, descanso, remuneración justa y adecuada, el debido balance de sobrecarga y largas jornadas de trabajo a las que se exponen, así como la abstención de compeler a que realicen sus funciones cuando se encuentren en riesgo por su condición de salud o por no disponer de equipos o materiales de protección personal y de bioseguridad necesario. Es parte del interés público fomentar su reconocimiento social, asegurar el soporte mental y de cuidado de estas personas trabajadoras y cuidadoras que atienden profesionalmente a personas con COVID-19”*. Esta directriz contempla la obligación que el Estado tiene de garantizar el cumplimiento de los derechos del referido sector.

“Los salarios son, junto con el tiempo de trabajo, una de las condiciones de trabajo que más repercusión directa y tangible tiene en la vida diaria de los trabajadores”.<sup>448</sup> Así lo prevé la OIT, por lo que se debe considerar al salario como un pilar fundamental en la vida de todos los seres humanos; de igual manera, esta remuneración se la percibe como contrapuesta de un trabajo efectuado por lo que las actividades laborales realizadas por el personal de salud debe contar con una remuneración justa y adecuada; esta situación debe asegurarse en épocas de pandemia, donde el personal de salud es considerado un grupo de vulnerabilidad por trabajar directamente con pacientes con COVID-19, además que se le garantice todos sus derechos laborales para permitirles un desenvolvimiento eficaz y eficiente.

Durante la atención a la emergencia sanitaria por COVID-19, el Gobierno central, departamentales y municipales, contrataron personal de salud para fortalecer los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud frente a la pandemia, conforme el Decreto Supremo N° 4174 de 4 de marzo de 2020, que en su Artículo 2 autoriza al Ministerio de Salud, a las entidades territoriales autónomas y a las entidades de la seguridad social de corto plazo, de manera excepcional para la gestión 2020, efectuar la contratación directa de servicios de consultoría de personal en salud, entre otros, para la prevención, control y atención dentro del territorio nacional de la “emergencia de salud pública de importancia internacional” provocada por el coronavirus (COVID-19); además, su disposición transitoria primera establece que para la contratación de personal en salud se autoriza al Ministerio de Salud, en la gestión 2020, incrementar la subpartida 25220 “Consultores Individuales de Línea”, a través de traspasos presupuestarios intrainstitucionales previa coordinación con el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas; de igual manera con las entidades de la seguridad social de corto plazo. Esta normativa establece la posibilidad de contratación

<sup>447</sup> <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-4-20-es.pdf>

<sup>448</sup> <https://www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/wages/lang--es/index.htm>

directa por parte del Gobierno central, ETAs y el Subsistema de Seguridad Social de Corto Plazo.

Adicionalmente, el Decreto Supremo N° 4224 de 24 de abril de 2020, autoriza a la AISEM, mientras dure la emergencia sanitaria nacional, gestionar (entre otros) la contratación de recursos humanos. Esta contratación tenía como objetivo el aumento de recursos humanos para la atención de la emergencia sanitaria por COVID-19 a nivel nacional. Este marco normativo motivó a la Defensoría del Pueblo a constatar la situación del personal de salud con relación al pago de sus salarios; al respecto realizó entrevistas a 23 directores de los hospitales COVID-19 donde se constató que, en al menos 15 establecimientos de salud, que representan un 65%, existió un retraso en el pago de los salarios del personal de salud (Hospital de Cotahuma de La Paz, Centro COVID-19 de Potosí, Hospital del Sud y Hospital del Norte en Cochabamba, Hospital San Pedro Claver de Chuquisaca, Hospital Regional San Juan de Dios de Tarija, Hospital Japonés de Santa Cruz, Hospital Centro Centinela COVID-19 de Beni, Hospital COVID-19 “Dr. Hernán Messuti Ribera” de Pando, Hospital General N° 8 “Luis Uría de la Oliva” de la Caja Nacional de Salud de La Paz, Hospital Obrero N° 5 de la Caja Nacional de Salud de Potosí, Caja Petrolera de Salud “Elizabeth Seton”, Hospital Obrero N° 2 de la Caja Nacional de Salud ambos de Cochabamba, Hospital Obrero N° 7 “Dr. Odmir Jaén Castillo” de la Caja Nacional de Salud de Tarija y la Caja Nacional de Salud de Beni), además, en dos establecimientos (9%) presentaron quejas y reclamos por esta vulneración de sus derechos laborales (Hospital Centro COVID-19 de Potosí y Hospital Japonés de Santa Cruz), en cuatro de estos centros de salud (17%) tuvieron problemas con la presentación de informes o por temas administrativos (Hospital Solomon Klein, Caja Petrolera de Salud “Elizabeth Seton” y el Hospital Obrero N° 2 de la Caja Nacional de Salud, y la Caja Nacional de Salud de Beni). A esta situación se le debe considerar lo anunciado en los medios de prensa, donde existieron innumerables denuncias por esta vulneración, que incluso algunos tuvieron que renunciar, además de otro tipo de atropellos como el hecho de que si se contagiaban de COVID-19 sufrían descuentos por no presentarse a trabajar en todo el tiempo de su cuarentena obligatoria. Esta situación se evidenció en los testimonios vertidos por el personal médico, como el caso de un galeno que manifestó puntualmente que *“(…) como fui parte de un contrato nos hicieron esperar, el responsable de contratos nos mencionaban que tenemos que tener paciencia y que asuntos administrativos impedían que nuestros salarios se paguen en las fechas programadas (...)”*, o el de otro médico que dijo *“nuestros salarios no nos están pagando de manera adecuada, siempre hubo un retraso de un mes o dos meses (...), ni siquiera nos hicieron firmar el contrato hasta el momento. Por este retraso del pago de nuestros sueldos hemos reclamado, (...) se nos informa sobre la presentación de los informes que tenemos que hacer, sí se hizo reclamos de manera oportuna cada vez para decir cuándo teníamos que firmar nuestro contrato o cuándo podían salir nuestros cheques de cancelación (...)”* En Potosí, otro médico dijo *“(…) los primeros dos o tres meses no nos cancelaron (...). Los meses que no nos cancelaron fueron de marzo y abril, pero nos pagaron con retraso y fui a rogarles que por favor me cancelaran porque ya no tenía plata (...), siendo que sabían que estábamos en una situación extrema que podía comprometer mi vida y no tuvieron esas consideraciones (...)”*. Otro médico sostuvo *“(…) tenemos gente que trabaja con contrato del municipio, con contrato del SEDES, mi contrato es del Ministerio y aunque no presenté queja escrita, en general no se le ha pagado a nadie y sobre todo al personal del equipo COVID-19, la mayoría ha sufrido retrasos y algunos que no se les ha pagado, todos nosotros que nos ha*

*contratado el Ministerio no nos pagaron (...).“También hay denuncias sobre “(...) el incumplimiento de plazos en cuanto a la convocatoria porque no nos llamaban para empezar la consultoría, hubo por lo menos dos meses que ya estábamos listos para trabajar pero no nos llamaban, entonces ha habido una descoordinación total y pasó lo mismo con la gente del municipio y del SEDES, en general todos los equipos COVID del sistema público han tenido problemas con su salario”.*

A este tipo de reclamos, se sumó otro médico que manifestó “(...) con relación al pago de sueldos, varios de mis colegas tuvieron dificultades en el cobro, en muchos casos hubo demora de hasta 90 días”. Otro médico de Cochabamba dijo “(...) escuché de otros colegas que sí se habrían retrasado en el pago de sus sueldos por motivos administrativos, ya que los mismos no habrían presentado cierta documentación requerida para procesar el pago”. Otro manifestó “(...) hay personal que ha trabajado mucho y no es justo que aún no se le pague, creo que hay de algunos días también que no se les está cancelando (...)”. En Santa Cruz señalaron que “(...) para los médicos Internos no llegaba puntual, tampoco les dejaban sacar vacaciones o bajas ante el cansancio y desgaste (...)”, otro testimonio señala que “actualmente hay falta de pago a los médicos a contrato del Ministerio de Salud, desde el mes de julio, no están gozando de ningún beneficio, ni apoyo y nos encontramos en riesgo porque atendemos enfermos de COVID-19, hemos realizado reclamos al Ministerio de Salud, al SEDES y al SIRMES, sin resultado”, “(...) posiblemente renuncie, debido a la falta de pago de salarios, pese a que realizamos reclamaciones al Ministerio de Salud, al Colegio Médico, al SEDES, sin que cumpla con el pago de salarios a los médicos de contrato, a quienes se les adeuda de tres meses, sería importante que esto que está sucediendo con el personal médico, lo sepa la prensa (...)”. En otro departamento, un médico dijo “mi contratación era por el lapso de tres meses, cuando me llamaron del SEDES Pando me dijeron que el contrato era un contrato extra porque yo trabajo como le dije en el hospital Roberto Galindo, y yo pregunté si eso no iba a influenciar percibiendo doble salario, me dijeron que no, que eso era un contrato extra, que iba a ser cancelado por esta entidad que es AISEM. En el segundo mes de trabajo enfermé, me dio el COVID y solicité baja para no aumentar mi carga viral. Entonces me dieron baja de 14 días y presenté mi baja al SEDES, sin embargo, me dijeron que no valía la baja, que yo tenía que dejar un reemplazo. No podía dejar un reemplazo porque, aparte de que no nos pagaban, no tenía contrato. Hasta el día de hoy no tengo contrato (...). Con varios colegas médicos hemos decidido iniciar una acción de amparo, ya sea contra el SEDES o la AISEM (...) porque queremos que se nos cancelen nuestros haberes por los cuales hemos trabajado y designaron una labor que fue cumplida. Porque nosotros hemos cumplido contra viento y marea y contra todo lo que sucedió, hemos cumplido con nuestro trabajo(...). Finalmente, otro galeno manifestó que “(...) en el caso de los sueldos siempre nos adeudan uno o dos, los salarios son inestables y la paga que recibíamos era poca para la exposición que teníamos a la COVID 19 (...). Nosotros hicimos reclamos por la falta de pago de nuestros salarios y también porque a nosotros nos enarbolaron o nos enamoraron se podría decir, diciéndonos que íbamos a tener ítem, una estabilidad laboral, cosa que nunca fue así, porque hasta ahora nunca nos llegó ítem, nunca nos llegó nada, solo contratos de consultores en línea, sin ningún beneficio y ya muchos de nuestros colegas han sido despedidos sin haberse beneficiado en nada, claro que para todos ha sido un gusto servir a la sociedad con nuestra profesión, pero la verdad sin ningún beneficio de tener un trabajo estable como lo prometieron al principio (...)”.

También se registraron problemas administrativos en la contratación del personal médico, así lo relata un galeno que señaló “se realizaron procesos administrativos para la contratación



*de personal de salud de respuesta inmediata, este trámite demoró debido al procedimiento que se debe realizar (...), la remuneración al personal nuevo se lo realiza hasta el veinte de cada mes, al personal de planta cada primero, en ambos, puede existir una demora de cinco días (...)*”.

Estos testimonios demuestran varios aspectos, como que, inicialmente, no se habrían cumplido con los plazos para la contratación de médicos para afrontar la lucha contra el COVID-19 en el Sistema Nacional de Salud; adicionalmente a esta “tardanza” administrativa y burocrática, se debe hacer énfasis en los reiterados reclamos por parte del personal de salud respecto al retraso del pago de los salarios, y peor aún, es inadmisibles considerar que a algunos aún no se les habría cancelado; el solo hecho de contar con retrasos es considerado una vulneración laboral, los salarios impagos atentan a lo recomendado por la CIDH, los tratados internacionales y el derecho fundamental; esta situación dejó en total estado de vulneración a este grupo, que además de lidiar con un trabajo digno y exhaustivo, tuvo problemas en cuanto al pago de un derecho laboral adquirido, que habría sido incumplido por los diferentes niveles de Gobierno. Esta situación se prolongó, según los relatos descritos, que incluso tuvieron que renunciar a su fuente laboral por esta falta de pago; además, se debe señalar la aceptación de los retrasos de pago por parte del ex Viceministro de Salud de Promoción y Vigilancia Epidemiológica, quien aseguró que “es cierto” que en algunos casos no se pudo pagar con la celeridad que desearía debido a que es la AISEM la que está a cargo de esos recursos humanos a contrato, aspecto que es coincidente con lo establecido en el Decreto Supremo N° 4224 de 24 de abril de 2020.

Además, los relatos en testimonios y los medios de prensa, evidenció una responsabilidad por el impago de salarios por parte de la AISEM, toda vez que el retraso o impago de los mismos vulnera los derechos laborales. Al respecto, el trabajo digno reconocido en el Artículo 46 de la Constitución Política del Estado, garantiza una remuneración o salario justo, equitativo y satisfactorio que le asegure para sí y su familia una existencia digna, por lo que es una labor fundamental del Estado protegerla; esta situación es coincidente con lo establecido por la CIDH, en cuanto al cuidado profesional a los derechos laborales de personas trabajadoras de salud, esta protección debe incluir la estabilidad laboral, descanso, remuneración justa y adecuada, entre otras. Por lo que se evidencia un total abandono a este sector, al que no se le garantiza el cumplimiento de sus derechos laborales.

La AISEM, a través de nota cite AISEM/DAJ/CE/0259/20 de 27 de octubre de 2020, en respuesta a la solicitud de información de la Defensoría del Pueblo solicitó aclaración sobre la información requerida, consultando si se refería a personal contratado dependiente de esa institución, pidiendo que sea la institución defensorial la que identifique al personal adeudado y que se verifique la fuente de información, situación que motivó la reiteración de información, empero, a la fecha de elaboración del presente informe no se cuenta con respuesta.

Por lo señalado, la falta de pago de salarios constituye una vulneración a un derecho laboral fundamental, que se agrava en una situación de pandemia donde el personal de salud es el protagonista principal en la lucha contra la COVID-19, a esta situación se le suma el abandono en la insuficiente e inoportuna dotación de EPP de bioseguridad que por lo evidenciado,

en algunas oportunidades, el personal de salud tuvo que comprar con recursos propios y dotarse de estos insumos; esta situación toma mayor relación de vulneración, una vez que se conoce que en más del 65% de hospitales COVID-19 a nivel nacional, se registró algún retraso en el pago de los salarios, cifra demasiado alta que vulnera la eficacia del derecho al trabajo, considerado como una condición básica y elemental para la existencia del ser humano, que permite alcanzar un nivel de vida adecuada no solo para el trabajador, sino también de quienes dependen de él o su entorno familiar; de igual manera, el derecho al trabajo se encuentra vinculado, entre otros, con los derechos a la vida y a la dignidad, ya que la existencia digna de la persona demanda en lo mínimo una adecuada alimentación, vivienda, educación, servicios de salud, entre otros; por lo que, estas prestaciones solo podrán ser garantizadas con el trabajo y su consustancial remuneración justa.

### **LA INSUFICIENTE DOTACIÓN DE PRUEBAS Y LA DILACION NEGLIGENTE EN EL FUNCIONAMIENTO DE LOS LABORATORIOS DENOTAN INEFICIENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA PANDEMIA**

El Órgano Ejecutivo emitió el Decreto Supremo N° 4174 de 5 de marzo de 2020, que tiene por objeto autorizar al Ministerio de Salud, a las entidades territoriales autónomas y a las entidades de la seguridad social de corto plazo, de manera excepcional, a efectuar la contratación directa de insumos y reactivos entre otros para la prevención, control y atención de la COVID-19.

El Decreto Supremo N° 4201 de fecha 25 de marzo de 2020, que tiene por objeto asignar funciones a la Central de Abastecimientos y Suministros de Salud (CEASS) y establecer procedimientos y mecanismos ágiles y oportunos para la adquisición de insumos y reactivos entre otros, para el periodo de implementación de las acciones y medidas de vigilancia epidemiológica, prevención, contención, diagnóstico, atención y tratamiento de la enfermedad del COVID-19 dentro del territorio nacional.

De igual manera, el Decreto Supremo N° 4205 de fecha 1° de abril de 2020, que tiene por objeto reglamentar la Ley N° 1293 de la misma fecha, dispuso entre otras medidas que el Ministerio de Salud podrá coadyuvar en el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud realizando la adquisición de insumos, reactivos, entre otros, mientras dure la emergencia sanitaria nacional por la COVID-19 y que las adquisiciones realizadas serán coordinadas e informadas al Ministerio de Salud, a fin de garantizar la oportunidad, pertinencia, eficacia y eficiencia, así como evitar la duplicidad dentro del Sistema Nacional de Salud.

El Decreto Supremo N° 4224 de fecha 24 de abril de 2020, que tiene como objeto autorizar a la AISEM, mientras dure la declaratoria de emergencia sanitaria nacional, gestionar y/o adquirir reactivos e insumos, entre otros.

Bajo este marco normativo, se establecía obligaciones y permisibilidad de compra directa por parte del Gobierno central, ETAs y las entidades de la seguridad social de corto plazo y poder adquirir insumos y reactivos (pruebas) para el procesamiento y detección de casos positivos de COVID-19; el Estado Boliviano comunicó públicamente en reiteradas ocasiones la intención

de adquirir pruebas para el procesamiento y detección del COVID-19, además, informaban diariamente a través de los reportes epidemiológicos, el avance de esta pandemia dentro del país. Para comprender la importancia de las pruebas para COVID-19 se debe considerar la recomendación del Director General de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, quien hizo un llamado a todos los países afectados por la pandemia para que hagan “test, test, y más test”. Este lineamiento por parte de la máxima autoridad de la OMS, daba a entender que se debe realizar la mayor cantidad posibles de pruebas para saber el verdadero alcance que tiene cada país, considerando que existen pacientes asintomáticos quienes pueden contagiar a más personas. Por lo que, la mejor forma de evitar mayores infecciones y propagación del virus, y poder salvar vidas, es romper con la cadena de transmisión de COVID-19, es decir una vez detectados casos positivos, poder aislar oportunamente. Para entender esta situación se debe tomar en cuenta la capacidad de instalación y puesta en funcionamiento que se tuvo en laboratorios de procesamiento COVID-19 a nivel nacional y la cantidad de pruebas realizadas.

El 1° de junio de 2020, el Ministerio de Salud, mediante nota CITE: MS/DPCH/CE/802/2020, informó la situación de los laboratorios implementados a nivel nacional para diagnóstico de COVID-19, en ese mes se debía contar con dos laboratorios de referencia nacional, conforme a la Resolución Ministerial N° 0936 de 16 de diciembre de 2005, sin embargo, solo existía un laboratorio autorizado para el diagnóstico molecular con la técnica de RT-PCR en tiempo real para la detección del COVID-19.

Respecto al diagnóstico molecular del COVID-19, se contaba con tres laboratorios: el Centro Nacional de Enfermedades Tropicales (CENETROP), el Instituto Nacional de Laboratorios de Salud (INLASA) y el Laboratorio de Referencia Departamental de Cochabamba.

Esta cartera de Estado, según se informó, se encontraba en fase de evaluación de laboratorios, en coordinación con los SEDES a nivel nacional, para verificar cuales podrían realizar el diagnóstico molecular a través de la prueba de PCR-RT, éstos deberían contar con cuatro áreas mínimas de procesamiento: área de extracción, área de recepción, área de preparación y área de amplificación, por lo que habrían identificado a los laboratorios que podrían implementarlo; de igual manera, respecto a laboratorios del tipo GeneXpert, se indicó que no existiría “consideraciones mínimas” para su instalación, motivo por el cual estarían realizando remodelaciones en áreas para implementarlos.

Un factor alarmante, es que de la información obtenida, en su mayoría los laboratorios se instalaron en zonas urbanas dejando de lado las zonas rurales. Ante esta consulta, se informó que el departamento de Cochabamba habría gestionado, en agosto, la habilitación en cuatro municipios, situación similar existía en Potosí y todos los restantes departamentos donde no habrían instalado en el área rural. Esto evidencia que la habilitación se centró en las capitales de los departamentos.

En cuanto a la temporalidad de instalación, a nivel departamental, un laboratorio fue habilitado en abril (Cochabamba); dos en el mes de mayo (Tarija y Chuquisaca) y dos en junio (Potosí y Pando), el resto no habría informado la fecha de apertura. Conforme a



la respuesta proporcionada por los SEDES, se tiene que los primeros departamentos con laboratorios habilitados para el procesamiento de pruebas en sus regiones y del resto del territorio, fueron Santa Cruz, La Paz y Cochabamba, y con un evidente retraso fueron instalados en otros departamentos, empero, se registró un mayor retraso que a la fecha de la elaboración de este informe, denota un abandono total de las zonas rurales.

La dotación de pruebas era fundamental para que los laboratorios, a nivel nacional, puedan mantener y mejorar la cantidad de toma de pruebas realizadas por día; al respecto se conoció que cinco departamentos (Cochabamba, Santa Cruz, Potosí, Pando y Chuquisaca), fueron dotados, parcialmente, por parte del nivel central a través del Ministerio de Salud. Los SEDES colaboraron en seis departamentos; Cobija y Oruro recibieron colaboración del nivel municipal y en Oruro, además, colaboró CODELAB, por lo que se evidencia que los SEDES a nivel nacional habrían dotado más insumos y reactivos para los laboratorios que el propio Ministerio de Salud, y que el apoyo de los Gobiernos Autónomos Municipales fue mínimo en cuanto a la dotación de estas pruebas.

Para conocer la cantidad total de pruebas (rápidas, PCR u otras) realizadas, se elabora la siguiente tabla con información obtenida por los SEDES a nivel nacional.

DEPARTAMENTO (SEDES)	CANTIDAD DE PRUEBAS REALIZADAS	PRUEBAS POSITIVAS	PRUEBAS DESCARTADAS
La Paz	80.000	-	-
Chuquisaca	56.538 (16.538 PCR – 40.000 Pruebas rápidas)	6.839 (PCR)	6.946 (PCR)
Santa Cruz	37.000 (20.000 PCR – 17.000 Pruebas rápidas)	-	-
Cochabamba	32.786	13.563	19.223
Tarija	16.000	-	-
Oruro	12.101	-	-
Potosí	4.362	-	-

Cuadro elaborado por la Defensoría del Pueblo (con información de verificación Defensorial)

El orden de la presente tabla obedece a la cantidad total de pruebas realizadas en los departamentos, situación que indica, inicialmente, que esta es demasiado baja; además solo dos departamentos refirieron la cantidad total de pruebas individualizadas entre positivas y descartadas. En el caso de Chuquisaca, el porcentaje de positivas, es casi la misma de las descartadas, situación alarmante considerando el alto índice de positividad. Para corroborar estos datos, en cuanto al alcance de los mismos, se realiza la siguiente tabla:

DEPARTAMENTO	CANTIDAD DE PRUEBAS REALIZADAS	DENSIDAD POBLACIONAL* (CENSO 2012)
La Paz	80.000	2.719.344
Chuquisaca	56.538 (16.538 PCR – 40.000 Pruebas rápidas)	581.347
Santa Cruz	37.000 (20.000 PCR – 17.000 Pruebas rápidas)	2.657.762
Cochabamba	32.786	1.762.761
Tarija	16.000	483.518
Oruro	12.101	494.587
Potosí	4.362	828.093

Cuadro elaborado por la Defensoría del Pueblo (con información de verificación Defensorial)

Como se observa, el alcance total de pruebas realizadas a nivel departamental es demasiado bajo, el que tuvo mayor alcance fue el departamento de Chuquisaca al 10%; pese a que La Paz sería el mayor con 80.000 pruebas realizadas, su alcance apenas llega al 3% del total de la población departamental, al igual que en Tarija. En Santa Cruz, Cochabamba y Oruro alcanzaron al 2% y al 1% en Potosí. Se advierte que en la toma de pruebas ningún departamento logró un alcance superior del 10% de la población departamental, situación que advierte que, a nivel regional y nacional, no se tomó la previsión y provisión de pruebas para el diagnóstico de COVID-19.

Si por un lado se advirtió que fueron pocas o mínimas las pruebas tomadas, por otro se debe considerar el tiempo para el procesamiento de éstas hasta la comunicación de los resultados al paciente. De acuerdo a la información obtenida, muchos departamentos atravesaron varios problemas, especialmente, en el periodo donde los contagios estaban en brotes altos. Por ejemplo, en Cochabamba señalaron que debido a una instrucción del Ministerio de Salud, en mayo de 2020, les pidieron ingresar información al software del sistema de vigilancia epidemiológica, esta situación les causó retrasos además de los problemas en el tiempo de procesamiento; en Potosí tuvieron dificultades porque inicialmente derivaban todas las pruebas a INLASA de La Paz, situación que retrasaba varios días la obtención de resultados; de igual forma, el Seguro Social de la Caja Nacional de Salud en Potosí, no contaba con pruebas por lo que les derivaban a sus pacientes; en Pando informaron que no tenían acceso a pruebas PCR o de tratamiento por GeneXpert, (desde marzo hasta mayo), por lo que registraron retrasos de hasta 10 días, toda vez que enviaban al interior del país para su tratamiento; finalmente, en La Paz tuvieron problemas con el laboratorio de INLASA porque habría registrado hasta dos meses de retraso en el procesamiento de pruebas y el resultado.

Respecto al tiempo de procesamiento, una vez superado estos inconvenientes, la entrega la realizan en el día en dos departamentos, Potosí y Pando; de 24 a 48 horas en Cochabamba, Santa Cruz, Tarija y Chuquisaca; y 72 horas en Oruro. Esta situación denota que el colapso, durante el pico de contagios, rebasó la capacidad de los laboratorios a nivel nacional; por ejemplo, el caso paceño que, paradójicamente, es el que más pruebas realizó, llegó a contar con un retraso de hasta dos meses, esto por conflictos con el Laboratorio INLASA. Sobre este

punto refirieron, a través del Informe Técnico MS/INLASA/IUP/IT/28/2020, que la capacidad de respuesta es de 200 muestras/día con dos equipos termocicladores, que anteriormente habrían llegado a un promedio de 600, elaborando un plan de contingencia ante este desmedido incremento.

En cuanto a problemas presentados en el procesamiento de pruebas, en cuatro departamentos, Santa Cruz, Tarija, Pando y Chuquisaca, el principal fue la falta de insumos y reactivos, en otros como Cochabamba, señalaron que el problema fue la escasa compra de éstos por parte del Ministerio de Salud o su envío prioritario al Beni, además de la falta de equipos en los laboratorios de este departamento; en Oruro señalaron que vivieron un estigma social y miedo de la población y problemas con la automedicación y población asintomática; en Tarija reportaron datos errados de los pacientes, situación que impedía hacerles conocer resultados o su citación para la toma de pruebas y la capacidad limitada del termociclador; en La Paz fue en el transporte de insumos y reactivos. Esta situación devela que cada región tuvo problemas e inconvenientes, sin embargo, en su mayoría, el principal problema y denominador común, fue la falta de pruebas a nivel nacional, situación que aportó a limitar la capacidad de toma de pruebas en el periodo de la atención de la emergencia sanitaria por COVID-19.

De las verificaciones defensoriales a los laboratorios a nivel nacional, en cuanto a su puesta en funcionamiento para la atención de COVID-19, fueron dos en el mes de marzo (Hospital Regional San Juan de Dios de Tarija y Departamental de Referencia del SEDES de Cochabamba), dos en mayo (Departamental de Referencia de Tarija y Hospital San Pedro Claver de Chuquisaca), uno en junio (Hospital General San Juan de Dios de Oruro), tres en el mes de julio (Hospital del Norte de Cochabamba, Hospital del Sur y Hospital Cuschieri de Colcapirhua en Cochabamba), uno en agosto (Laboratorio del SEDES de Pando), y otro en el mes de septiembre (Hospital Daniel Bracamonte de Potosí). En cambio, cinco laboratorios (Hospital Presidente Germán Busch y Laboratorio SEDES en el Beni, INLASA en La Paz, Hospital Japonés y CENETROP en Santa Cruz) no especificaron desde cuándo se encontraban habilitados para la atención a la emergencia sanitaria por COVID-19, lo que demuestra el marco temporal de la instalación y puesta en vigencia de cada uno de ellos, tomando en cuenta que el primer paciente en el país data del mes de marzo, los laboratorios fueron instalados con demasiado retraso, situación que causó colapso a nivel nacional y un retraso injustificado en la toma y procesamiento.

Sobre los problemas por los que atravesaron para cumplir sus funciones, en seis laboratorios se registró falta de personal (Departamental de Referencia de Tarija, Hospital Regional San Juan de Dios de Tarija, Hospital San Pedro Claver de Chuquisaca, Departamental Referencial del SEDES de Cochabamba, INLASA de La Paz y Laboratorio del SEDES de Pando), otros cinco reportaron falta de reactivos e insumos (Departamental de Referencia de Tarija, Hospital Regional San Juan de Dios de Tarija, Hospital Presidente Germán Busch de Beni, Hospital del Sur de Cochabamba y el Laboratorio del SEDES de Pando), en cuatro existió falta de equipos (Hospital Regional San Juan de Dios de Tarija, Departamental Referencial del SEDES de Cochabamba, INLASA de La Paz y el Laboratorio del SEDES de Pando), en tres se quejaron por contagios del personal (Hospital Regional San Juan de Dios de Tarija,

Hospital Presidente Germán Busch de Beni y el Hospital Daniel Bracamonte de Potosí), otros tres tuvieron problemas con la infraestructura (Hospital San Pedro Claver de Chuquisaca, Departamental Referencial del SEDES de Cochabamba y el Laboratorio del SEDES de Pando), y en otros tres carecieron de material de bioseguridad, materiales o capacitación (Hospital del Sur de Cochabamba, Laboratorio del SEDES de Pando y el Hospital Japonés de Santa Cruz). Los siguientes laboratorios tuvieron problemas aislados como el incumplimiento del Ministerio de Salud en la entrega de insumos y reactivos (Hospital General San Juan de Dios de Oruro), problemas con las medidas de cuarentena, como cierre de fronteras que retrasó las importaciones (INLASA de La Paz), maltrato de pacientes y familiares al personal (Hospital Regional San Juan de Dios de Tarija) y problemas con las compras, licitaciones declaradas desiertas (Laboratorio del SEDES de Pando). Es evidente que la falta de personal fue el principal problema de los laboratorios a nivel nacional, que se vieron colapsados ante el aumento desmedido de casos positivos, esto también derivó en la carencia de insumos y pruebas que, precisamente, es el segundo problema con mayor registro; la falta de equipos va de la mano con esta capacidad resolutive, en otros carecieron de material de bioseguridad que, probablemente, sea también la causa de que en otros se registre personal contagiado con COVID-19.

Con relación a la disponibilidad de reactivos para procesar pruebas, informaron que de 15 laboratorios 12 contaban con pruebas (Departamental de Referencia de Tarija, Hospital Regional San Juan de Dios de Tarija, Hospital San Pedro Claver de Chuquisaca, Hospital Presidente Germán Busch de Beni, Hospital del Norte de Cochabamba, Hospital del Sur de Cochabamba, Hospital Cuschieri de Colcapiruha de Cochabamba, Hospital General San Juan de Dios de Oruro, INLASA de La Paz, Laboratorio SEDES de Pando, Hospital Japonés de Santa Cruz y Hospital Daniel Bracamonte de Potosí), en dos no informaron (Laboratorio SEDES de BENI y CENETROP de Santa Cruz), y uno no contaba (Departamental de Referencia del SEDES de Cochabamba). Considerando que la verificación defensorial fue realizada durante el mes de septiembre, es inadmisibles que existan casos de laboratorios que no cuenten con reactivos y pruebas; en tanto el panorama fue incierto en los dos que no respondieron con especificidad a la consulta.

Se tiene el siguiente detalle sobre el procesamiento diario de pruebas.

LABORATORIO	PRUEBAS PROCESADAS POR DÍA	PRUEBAS PROCESADAS TOTALES
INLASA de La Paz	500 a 1.200	52.290
CENETROP de Santa Cruz	130 a 150 (antes 800)	48.050
Laboratorio Departamental de Referencia de SEDES de Cochabamba	60 a 80 (antes 450)	20.610
Departamental de Referencia de Tarija	20-40-100-400	16.000
Hospital San Pedro Claver de Chuquisaca	120 (antes 300 y 400)	12.700
Hospital Regional San Juan de Dios de Tarija	Solo pruebas rápidas 27	5.237
Hospital Daniel Bracamonte de Potosí	11	2.031

Hospital General San Juan de Dios de Oruro	50 a 100	1.889
Hospital Presidente Germán Busch de Beni	10 a 12	1.674 (solo septiembre)
Laboratorio SEDES de Pando	3 (anteriormente 39 a 40)	1.152
Hospital Japonés de Santa Cruz	32	586
Hospital del Sur	10 a 15	260
Hospital del Norte	10	100
Laboratorio del Hospital Cuschieri de Colcapirihua	No realiza pruebas PCR	0
Laboratorio SEDES de Beni	No informaron	No informaron
Cuadro elaborado por la Defensoría del Pueblo (con información de verificación Defensorial)		

El orden de la presente tabla es en virtud a la mayor cantidad de pruebas procesadas. Del cuadro se advierte que el alcance de las tomas de procesamiento fue escasa, corroborando los datos obtenidos a nivel departamental.

Otro elemento a destacar es el procesamiento que con anterioridad brindaban algunos laboratorios en época de brote y auge del virus, éste se triplicaban en su mayoría, o inclusive más, lo que denota que colapsaron. Los tiempos de colapso varían en cada laboratorio; en los meses de marzo, abril, mayo y junio (CENETROP de Santa Cruz); mayo y junio (Hospital Presidente Germán Busch de Beni); mayo, junio y julio (INLASA de La Paz,) en cambio solamente en el mes de junio (Hospital del Sur de Cochabamba y laboratorio SEDES de Pando); junio, julio y agosto tres laboratorios (Hospital Regional San Juan de Dios de Tarija, Hospital San Pedro Claver de Chuquisaca, Hospital Japonés de Santa Cruz) en junio y julio solo uno (Hospital del Norte de Cochabamba) en cambio, en el mes de julio, dos (Departamental de Referencia del SEDES de Cochabamba y Hospital Cuschieri de Colcapirihua de Cochabamba), otro en el periodo de julio y agosto (Departamental de Referencia de Tarija), en el mes de agosto solamente el (Hospital General San Juan de Dios de Oruro), en el laboratorio del Hospital Daniel Bracamonte señalaron que el colapso es permanente y el laboratorio del SEDES de Beni, no informó esta situación.

Durante el periodo marzo a agosto se vivió todo el colapso de los laboratorios a nivel nacional y éstos tuvieron que realizar varias acciones para salir de esa situación. En cinco laboratorios incorporaron más personal (Departamental de Referencia de Tarija, Hospital San Pedro Claver de Chuquisaca, Hospital Germán Busch de Beni, Departamental de Referencia del SEDES Cochabamba y el INLASA de La Paz), en cuatro tuvieron que doblar horas de trabajo (Hospital regional San Juan de Dios de Tarija, Hospital San Pedro Claver de Chuquisaca, Hospital General San Juan de Dios de Oruro y el Laboratorio SEDES Pando), en dos reorganizaron el funcionamiento de sus laboratorios (Departamental de Referencia del SEDES Cochabamba y el Hospital Daniel Bracamonte de Potosí); por otra parte, algunos optaron por otras medidas particulares como la distribución de las pruebas rápidas en centros de salud (Hospital Cuschieri de Colcapirihua de Cochabamba), o realizaron limpieza con equipos especializados (INLASA de La Paz), inclusive tuvieron que mandar cartas de reclamo al Ministerio de Salud y emitieron declaratoria pública de emergencia por colapso (CENETROP de Santa Cruz), ante el

tope de su procesamiento. El laboratorio del SEDES Pando tuvo que enviar pruebas para ser procesadas a CENETROP e INLASA; en tanto, en los laboratorios del Hospital del Norte y el del Sur de Cochabamba y el del Hospital Japonés de Santa Cruz informaron que no sufrieron colapso, mientras que el laboratorio de SEDES Beni no informó sobre esta situación. Por lo expuesto, se observa que la mayoría de los laboratorios a nivel nacional colapsaron debido a la falta de personal, lo que generó que adopten medidas como los dobles turnos y enviar el procesamiento de pruebas a otros laboratorios, lo que devela las deficiencias no previstas, oportunamente, por el Órgano Ejecutivo como el manejo de recursos humanos.

La capacidad resolutoria de los laboratorios de la seguridad social de corto plazo fueron también parte de esta lucha en la emergencia sanitaria por COVID-19, por lo que, de igual manera, era importante conocer los datos a nivel nacional a través de verificaciones defensoriales que dieron los siguientes resultados en cuanto a su puesta en funcionamiento: dos lo hicieron en el mes de marzo (Lourdes de Tarija y el Consultorio 9 de abril de la Caja Nacional de Salud de La Paz), uno en abril (Policlínico de Atención Integral de Servicio de Especialidades - PAISE de la Caja Nacional de Salud de El Alto), dos en julio (Hospital Obrero N° 2 de la Caja Nacional de Salud de Cochabamba y Caja Nacional de Salud de Potosí), cuatro laboratorios no dieron datos exactos sobre el inicio de su funcionamiento (Caja Petrolera de Salud de Santa Cruz, Hospital Obrero N° 8 de la Caja Nacional de Salud de Beni, Hospital Obrero N° 4 de Oruro y Hospital Obrero N° 9 de Pando), evidenciándose que muchos no cuentan ni siquiera con el registro sobre la puesta en funcionamiento y demostrando falencias en la parte de administración. De lo señalado se evidencia que sólo dos laboratorios se encontraban en funcionamiento, cuando lo ideal hubiera sido contar con mayor cantidad.

Sobre los problemas que estos laboratorios habrían atravesado para cumplir sus funciones, se conoció que uno de ellos por ser laboratorio de primer nivel no estaba preparado (Lourdes de Tarija); problemas en la compra ante la falta de reactivos disponibles en el mercado (Caja Petrolera de Salud de Santa Cruz); reactivos disponibles en el mercado no contaban con autorización del Ministerio de Salud (Hospital Obrero N° 8 de la Caja Nacional de Salud de Beni); carencia de reactivos (Hospital Obrero N° 2 de la Caja Nacional de Salud de Cochabamba), problemas en la infraestructura (Hospital Obrero N° 9 de Pando); bajas en el personal (Caja Nacional de Salud de Potosí) y la falta de información de los asegurados (Policlínico de Atención Integral de Servicio de Especialidades - PAISE de la Caja Nacional de Salud de El Alto). El problema que se repitió, al menos en dos laboratorios, fue relacionado a los medios de transporte de pruebas (Hospital Obrero N° 4 de Oruro y el Consultorio 9 de abril de la Caja Nacional de Salud de La Paz). Los problemas en su generalidad fueron específicos, aislados entre ellos, y mostraron la falta de previsibilidad para garantizar la atención a sus asegurados, a diferencia de los problemas con los tropezaron los laboratorios públicos.

Respecto a contar con los reactivos para procesar pruebas, informaron que cuatro contaban con reactivos (Hospital Obrero N° 8 de la Caja Nacional de Salud de Beni, Hospital Obrero N° 9 de Pando, Policlínico de Atención Integral de Servicio de Especialidades - PAISE de la Caja Nacional de Salud de El Alto y la Caja Nacional de Salud de Potosí), dos no procesaban PCR (Lourdes de Tarija y Hospital Obrero N° 4 de Oruro); dos no disponían de reactivos (Caja Petrolera de Salud de Santa Cruz y Hospital Obrero N° 2 de la Caja Nacional de Salud

de Cochabamba) y uno no dio información (Consultorio 9 de abril de la Caja Nacional de Salud de La Paz). Esto evidencia que, a diferencia de los laboratorios públicos los que casi en su totalidad contaban con reactivos, no todos los laboratorios de la seguridad social aún contaban con los reactivos para el procesamiento de sus pruebas.

Sobre el procesamiento de pruebas por día y el total de pruebas realizadas, se tiene el siguiente detalle:

LABORATORIO	PRUEBAS PROCESADAS POR DÍA	PRUEBAS PROCESADAS TOTALES
Caja Petrolera de Salud de Santa Cruz	200	11.922
Hospital Obrero N°2 de la Caja Nacional de Salud de Cochabamba	150	5.652
Caja Nacional de Salud de Potosí	80 (antes 96)	2.426
Lourdes de Tarija	40 (antes 70-80)	
Consultorio 9 de abril de la Caja Nacional de Salud de La Paz	20 (antes 30 a 36)	
Policlínico de atención integral de servicio de especialidades (PAISE) de la Caja Nacional de Salud de El Alto	145 - 155	
Hospital Obrero N°8 de la Caja Nacional de Salud de Beni	40 - 45	
Hospital Obrero N° 4 de Oruro	20 a 25 (antes 97)	
Hospital Obrero N° 9 de Pando	10-12 (antes 15-20)	
Cuadro elaborado por la Defensoría del Pueblo (con información de verificación Defensorial)		

Conforme al cuadro que antecede, solo tres laboratorios contaban con datos sobre la cantidad de pruebas procesadas, lo que evidencia, nuevamente, problemas con el manejo y la administración de los reportes de datos estadísticos, lo que significa, a su vez, que no son datos disponibles públicamente, por lo que no se cuenta con información real, fidedigna y transparente. Sobre las cifras de procesamiento diario, no responden a las expectativas y a la demanda por el contagio masivo presentado.

En cuanto al brote más alto de casos y sus tiempos, la mayoría de los laboratorios tuvieron colapsos durante periodos largos que oscilan entre los meses de marzo, abril, mayo, junio, y julio, indistintamente, (Hospital Obrero N° 9 de Pando, Hospital Obrero N°8 de la Caja Nacional de Salud de Beni, Consultorio 9 de abril de la Caja Nacional de Salud de La Paz, Caja Petrolera de Salud de Santa Cruz, Hospital Obrero N° 2 de la Caja Nacional de Salud de Cochabamba y el Caja Nacional de Salud de Potosí) y en dos, inclusive, llegó hasta el mes de agosto (Hospital Obrero N° 4 de Oruro y Policlínico de Atención Integral de Servicio de



Especialidades - PAISE de la Caja Nacional de Salud de El Alto), por lo que se evidencia que los periodos de colapso en este tipo de laboratorios fueron más largos que en los laboratorios públicos a nivel nacional.

Respecto a las acciones adoptadas para enfrentar este colapso, según informaron, en cuatro laboratorios tuvieron que aumentar personal (Caja Petrolera de Salud de Santa Cruz, Hospital Obrero N°8 de la Caja Nacional de Salud de Beni, Hospital Obrero N° 4 de Oruro y Hospital Obrero N° 9 de Pando), en dos compraron más insumos y reactivos (Hospital Obrero N°8 de la Caja Nacional de Salud de Beni y el Hospital Obrero N°2 de la Caja Nacional de Salud de Cochabamba) y en otros dos doblaron turnos (Hospital Obrero N°2 de la Caja Nacional de Salud de Cochabamba y en el Policlínico de Atención Integral de Servicio de Especialidades - PAISE de la Caja Nacional de Salud de El Alto); en cambio los demás tuvieron acciones más particulares como realizar el traslado de pacientes a otro establecimiento de salud (Lourdes de Tarija), acelerar compras (Caja Petrolera de Salud de Santa Cruz), mejorar el orden de atención (Hospital Obrero N°2 de la Caja Nacional de Salud de Cochabamba), comprar nuevo equipamiento (Caja Nacional de Salud de Potosí), solicitar mayores ambientes (Consultorio 9 de abril de la Caja Nacional de Salud de La Paz), e inclusive, mejorar la coordinación con SEDES (Hospital Obrero N° 9 de Pando) para la atención de pacientes en domicilio. Este panorama es similar al de los laboratorios públicos, donde la principal tarea para contrarrestar los tiempos de colapso fue el aumento de personal dependiente.

En esta situación se debe considerar los reportes de medios de prensa sobre la adquisición de laboratorios para la atención del COVID-19. En el mes de marzo se reportó que Bolivia solo contaba con un laboratorio certificado para realizar las pruebas de detección del coronavirus y que se tenía previsto habilitar 15 laboratorios nivel nacional que, además, ante el colapso de los laboratorios públicos el Ministerio de Salud, mediante instructivo 6/2020, autorizó a todo tipo de laboratorios poder realizar diagnóstico molecular de casos sospechosos de COVID-19.

En abril de 2020, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) entregó 13 laboratorios, para la detección inmediata y con mayor precisión del coronavirus COVID-19, de los cuales 10 unidades eran GeneXperts; sumado a esto se anunciaba la instalación de laboratorios a nivel nacional. En agosto, la ex Presidenta Áñez informó que se habían habilitado 30 laboratorios COVID-19 en todo el país, aunque no especificó dónde fueron instalados cada uno de los equipos, lo que denota una falta de transparencia al emitir este tipo de información a la población que se encontraba en búsqueda de laboratorios para poder realizarse pruebas en pleno brote y pico de COVID-19 a nivel nacional.

La Defensoría del Pueblo emitió un comunicado el 22 de mayo de 2020, en el que anunció el seguimiento a la implementación de laboratorios para la realización de pruebas de COVID-19 y observó que a más de dos meses del inicio de la emergencia sanitaria, el Gobierno central no puso en funcionamiento estos ambientes en todos los departamentos, situación que afectaba la salud de la población boliviana; exigió poner, inmediatamente, en funcionamiento los laboratorios y asegurar la dotación de insumos y reactivos necesarios y suficientes.

De acuerdo a la información obtenida en medios de prensa al 27 de mayo, se tiene que los laboratorios instalados fueron los siguientes:

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	LABORATORIO/HOSPITAL
<b>Beni</b>	Trinidad	LRD – SEDES
	Riberalta	Hospital de segundo nivel
	Rurrenabaque	Hospital Rurrenabaque
<b>Cochabamba</b>	Cercado	Hospital del Sur
<b>La Paz</b>	El Alto	LRD - CRA
	La Paz	LRD - INLASA
<b>Pando</b>	Cobija	Hospital de tercer nivel
<b>Potosí</b>	Potosí	Hospital Daniel Bracamonte
<b>Oruro</b>	Oruro	Hospital San Juan de Dios
<b>Santa Cruz</b>	Santa Cruz	Centro de Salud DM-5 “Remanzo”
Cuadro elaborado por la Defensoría del Pueblo, con datos obtenidos por medios de prensa hasta el 27 de mayo. <sup>449</sup>		

En junio, los 10 laboratorios GeneXpert fueron instalados en todo el país, sin embargo, ninguno se encontraba en funcionamiento por falta de reactivos, situación que se mantuvo hasta finalizar el mes de julio, cuando, según reportes de medios de prensa, tan solo 15 laboratorios se encontraban en funcionamiento, en contradicción a lo anunciado por la ex Mandataria. La demora en la puesta en marcha de los laboratorios demuestra la irresponsabilidad por parte del nivel central del Estado que no actuó con celeridad para dar una respuesta efectiva a la población. Además, que la instalación de éstos a nivel nacional, no ha respondido a una estrategia prevista, por lo menos, a inicio de la pandemia, sino a la emergencia de cada región ante el incremento de casos.

Esa era la realidad de los laboratorios a nivel nacional, sin embargo se debe analizar, también, cómo se encontraba la toma de pruebas, la cantidad y positividad de las mismas. En abril de 2020, la OMS recomendó que para poder controlar y mitigar los brotes de infección de forma rápida y efectiva, la proporción de tests que salen positivos deberían ser menor al 10%,<sup>450</sup> es decir que si se tomaron 100 pruebas, solamente debería dar positivo la cantidad máxima de 9; ése era el límite que sugirió la OMS en el marco de una eficacia en la cantidad total de toma de pruebas.

<sup>449</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/5/27/12-de-19-laboratorios-publicos-no-operan-por-falta-de-reactivos-256679.html>

<sup>450</sup> [https://www.who.int/docs/default-source/Coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencies-Coronavirus-press-conference-full-30mar2020.pdf?sfvrsn=6b68bc4a\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/Coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencies-Coronavirus-press-conference-full-30mar2020.pdf?sfvrsn=6b68bc4a_2)

Bajo esta lógica, de acuerdo a la revisión de lo publicado por medios de prensa, se reporta que al menos en 20 oportunidades autoridades de Gobierno informaron sobre la adquisición de test y pruebas. Es decir, que en reiteradas ocasiones hacían mención a que se gestionaba, a través de compra o donación, las pruebas para los laboratorios a nivel nacional. Por ejemplo, el ente rector de salud señaló que para el mes de marzo se tendría una capacidad de realizar 236 pruebas por día para llegar a 10.000 hasta abril, sin embargo, en abril, el Embajador de Ciencia, Tecnología e Innovación refirió que el país sería capaz de procesar 3.102 pruebas diarias del tipo PCR para diagnosticar COVID-19, por lo que de un mes al otro habrían incrementado casi 3.000 pruebas de procesamiento por día. Pese a estos anuncios “esperanzadores”, otra autoridad del Ministerio de Salud anunció que solamente se realizaban 100 pruebas diarias a nivel nacional, y a final de mes se llegaría a 5.000. Solamente en estos dos meses, autoridades nacionales declararon que se incrementarían de 236 a 3.102 pruebas diarias en el mes de marzo e inicio de abril, sin embargo, la toma de pruebas por día solamente llegaba a 100, pese a que existieron anuncios de que se iba a mejorar esta capacidad resolutive a 5.000 por día, cifra totalmente irreal, lo que denota que las autoridades del Órgano Ejecutivo no emitían comunicación transparente a la población con estos discursos alejados de la realidad, sino que no tenían una idea de la importancia verdadera de contar con altas cantidades de toma de pruebas diarias.<sup>1</sup>

Bajo esta lógica, el biólogo molecular Álvaro Romero, advirtió en el mes de mayo que Bolivia era el país con menos pruebas por millón de habitantes de Sudamérica. “(...) *nuestras cifras no muestran lo que en realidad está ocurriendo*”, cuestionó, por lo que se tenía que a menor cantidad de pruebas tomadas, menor probabilidad de conocer el impacto del COVID-19 a nivel nacional. A esto se debe sumar que las pruebas privadas para detectar COVID-19, eran las más caras de toda la región, superando los 1.000 bolivianos, por lo que si los laboratorios públicos y los de la seguridad social a corto plazo se encontraban colapsados, no era muy factible para la población en general poder acceder a este tipo de pruebas, por eso, muchas personas con varios síntomas de oronavirus, no tuvieron, oportunamente, acceso a una prueba.

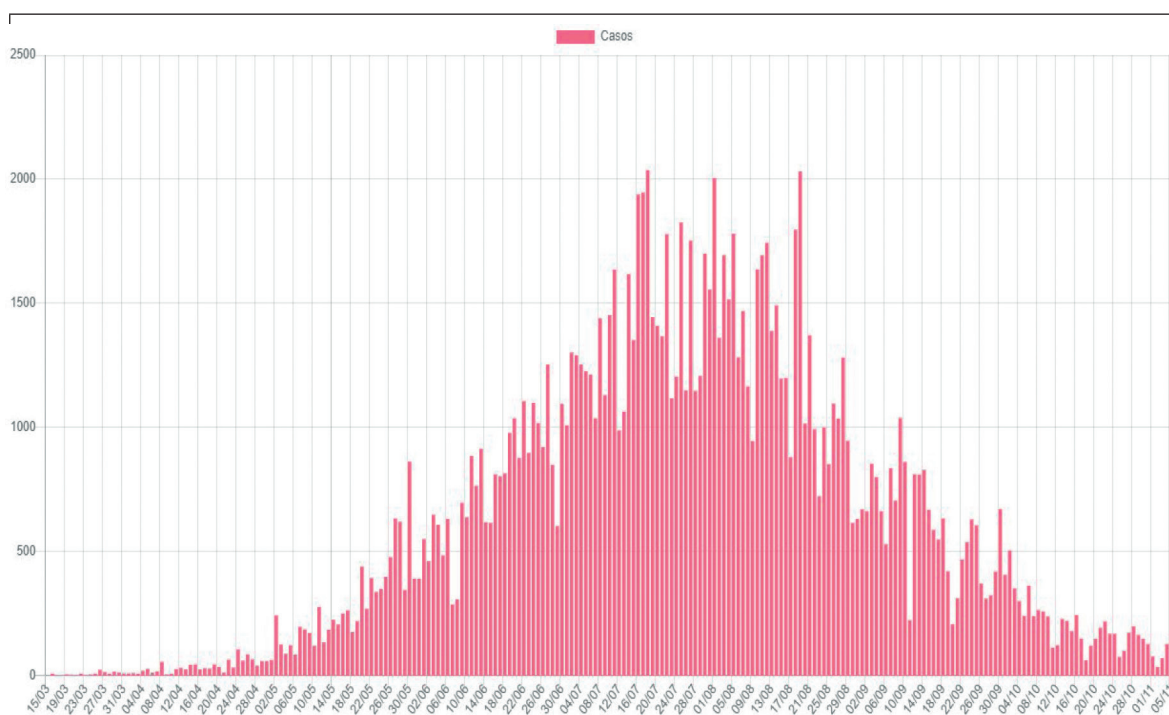
Asimismo, se registraron problemas relacionados a la falta de reactivos para la toma de pruebas. De acuerdo a la revisión de medios de prensa, en abril la carencia en Potosí registraba retraso en el procesamiento y entrega de resultados hasta de tres días, pese que era el mes “inicial” en este departamento, situación que, inclusive, llevó a realizar un cacerolazo. En julio se conoció que una brigada médica procedió a la atención bajo un puente en Cochabamba, situación que fue replicada en los medios de comunicación a nivel internacional reflejando una evidente precariedad y falta de laboratorios en el país. Esta carencia de pruebas registradas en los departamentos de Santa Cruz, Beni, La Paz, Pando y Cochabamba, no permitía reflejar con claridad el impacto verdadero de la pandemia. Sin embargo, entre junio y septiembre, se notó una mejora considerable en la dotación de pruebas a nivel nacional, como también fue aumento el pico de brote por COVID-19.

En cuanto a los nuevos casos registrados por día, el portal “Bolivia Segura, sitio oficial del Gobierno de Bolivia sobre la COVID-19”,<sup>451</sup> realizó gráficas en relación a nuevos casos por día.

<sup>451</sup> <https://www.boliviasegura.gob.bo/datos.php>

Considerando la división por mes se tiene el siguiente detalle de los días con mayor registro de casos positivos:

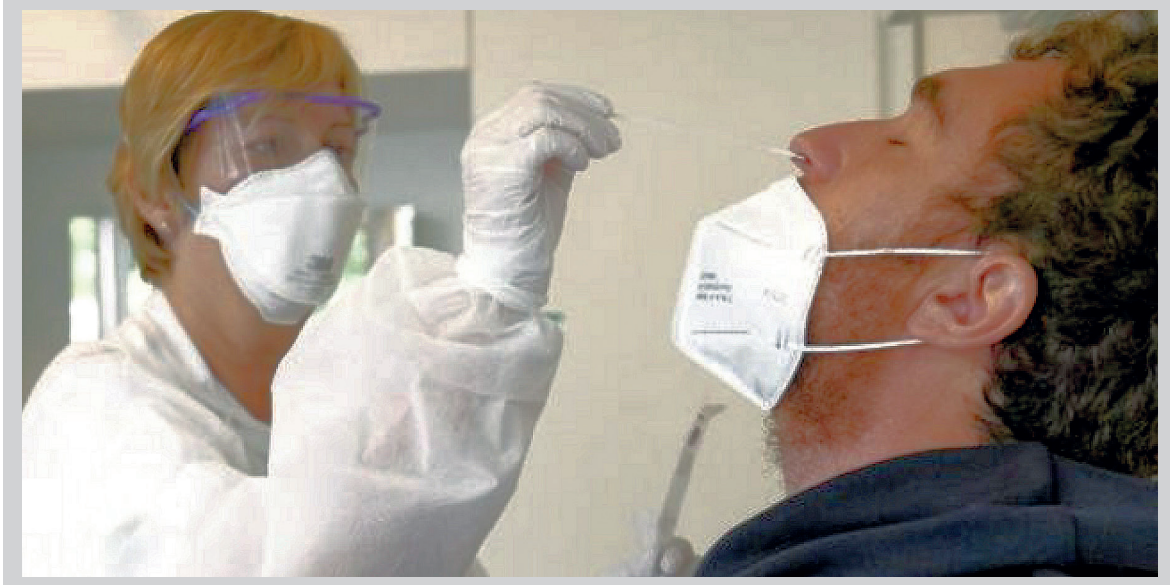
En la gráfica se observa que el día 24 de abril se registró hasta 104 nuevos casos positivos, el día 30 de mayo 861, el 27 de junio 1.253, el 18 de julio 2.036, el día 19 de agosto 2.031, finalmente, en el mes de septiembre, el registró más alto se alcanzó el día 9 con 1.037 casos; empero el portal Bolivia Segura no publicó la cantidad de pruebas realizadas por día, situación fundamental para poder comprender la capacidad resolutive que tuvo el país durante la atención de la emergencia sanitaria. Por lógica se entiende que estos datos positivos nos permiten comprender cuántas pruebas se habrían realizado al menos por día; en ese sentido, estos datos demuestran que, únicamente, se alcanzó superar más de mil pruebas realizadas durante junio, julio, agosto y septiembre. Además, se percibe irregularidad secuencial en cuanto al avance progresivo de los casos, por lo que se evidencia que la información es incompleta y no permite conocer el impacto real en la afectación del COVID-19 en Bolivia, la falta de reactivos para procesar muestras en los laboratorios y la falta de transparencia en relación a la capacidad de toma de pruebas por día.



Elaboración del Portal "Bolivia Segura"

Por lo mencionado, se evidencia que la falta de provisión oportuna de pruebas para el procesamiento de COVID-19 y la inoportuna e ineficaz instalación y puesta en funcionamiento de laboratorios a nivel nacional, vulneró el derecho a la salud y a la vida de toda la población, considerando que en el brote y pico se registraron colapsos en laboratorios que atravesaron diversos problemas, que no contaban con suficientes insumos y reactivos para las pruebas, sin considerar las recomendaciones de la OMS y actuando improvisadamente cuando era fundamental prever esta situación.

La toma de pruebas masivamente era la mejor forma de luchar contra esta pandemia, empero la falta de transparencia en el manejo de la cantidad de pruebas tomadas por día, y la carencia permanente de estos insumos nos convierte en un país con poca capacidad topara la toma de pruebas.



### **VENTILADORES NO APTOS PARA UTIs ATENTARON LA VIDA DE PACIENTES COVID-19**

Un respirador o ventilador es una máquina con una turbina interna que genera un flujo de aire a presión introducido en la vía aérea mediante un tubo y una mascarilla. El mecanismo consiste en introducir (inspiración) y sacar aire de los pulmones (expiración) a unos intervalos (frecuencia respiratoria) y en unas cantidades previamente determinadas. El objetivo es poder llevar el oxígeno a las células, sustituyendo o asistiendo parcialmente la respiración normal del paciente. El procedimiento de uso de este equipo, se conecta al paciente a través de un tubo, denominado tubo endotraqueal, que el médico coloca dentro de la tráquea a través de la boca, este procedimiento es denominado "intubación".

En algunos pacientes se realiza un orificio en la tráquea, a la altura del cuello, mediante un procedimiento quirúrgico donde se instala una cánula (cánula de traqueostomía) a la que se conecta el respirador. A través del tubo el ventilador suministra gas (aire sólo o aire más oxígeno, según sea necesario) hacia los pulmones del paciente, sustituyendo totalmente la respiración o sólo asistiéndola. En otros casos, el respirador se conecta a la mascarilla que el paciente se aplicará a la nariz, a la boca o a ambas.

A diferencia de otras terapias respiratorias, el ventilador puede entregar niveles de oxígeno muy elevados y también puede ofrecer una presión al final de la espiración (PEP) que ayuda a mantener los pulmones abiertos para que no se colapsen los alvéolos pulmonares.<sup>452</sup>

<sup>452</sup> <https://www.esteveiteijin.com/ventiladores-mecanicos-COVID-19/>

Bajo ese entendido, por la naturaleza de la COVID-19, los pacientes que requirieron ingreso en unidad de terapia intensiva (UTI) tenían, en su mayoría, tos y dificultad para respirar. Conjuntamente con síntomas de fiebre, para aquellos que presentaban complicaciones respiratorias debían tener un cuidado especial: “todos los pacientes fueron ingresados con insuficiencia respiratoria hipoxémica, requiriendo el 75 % de ellos ventilación mecánica”.<sup>453</sup> Por lo que los ventiladores son equipos pertenecientes a las UTIs necesarios para poder estabilizar de forma asistida a los casos graves por COVID-19.

El Ministerio de Salud emitió la “Guía Rápida de Manejo de Pacientes con COVID-19” el 25 de julio de 2020, que establece de manera cierta que al no existir aún evidencia científica, ni tratamiento específico para la COVID-19, se propone un esquema en base a sus acciones conocidas y que pudieran ser efectivas en un proceso infeccioso. En la etapa III señala el manejo hospitalario (tercer nivel de atención) a desarrollarse en la UTI con el paciente con clasificación fisiopatológica de estado hiperinflamatorio y de situación clínica de enfermedad grave: neumonía grave, insuficiencia respiratoria aguda, SDRA (síndrome de distrés respiratorio agudo), shock, sepsis y SDOM (síndrome de disfunción orgánica múltiple) y su tratamiento específico; prevé el soporte respiratorio, el uso del VNI (ventilación no invasiva) en insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica y utilizar protocolo de secuencia rápida de intubación para disminuir la producción de aerosoles entre otros, así también, implementar un protocolo de manejo temprano del SDRA diferenciando para adultos en ventilación mecánica invasiva con COVID-19 con distintas características técnicas.

Esa es la importancia de contar con ventiladores, que sean adecuados para esta etapa III del manejo hospitalario en el tercer nivel de atención en UTI. Conforme el avance de la COVID-19 a nivel mundial, la pandemia denotó una especial atención de preparación y atención a los establecimientos de salud, precisamente, en cuanto a la dotación de equipamiento, equipos e insumos y, en específico, el potenciar las UTI a través de ventiladores y respiradores. La situación boliviana era bastante incierta, en la gestión 2019 se registraba que el país contaba únicamente con 145 camas de UTIs, distribuidas en ocho departamentos a nivel nacional, empero para marzo de 2020 el Ministerio de Salud informó que en el país existían 33 hospitales públicos de tercer nivel, de los cuales solo 23 tenían terapia intensiva y, excepcionalmente, uno de segundo nivel. Otros medios de prensa señalaban que en estos establecimientos de salud, se contaba con 220 camas de terapias intensivas y la ocupación era del 90%.

La Sociedad Boliviana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva señalaba que, por la cantidad poblacional, el país debería contar al menos con 1.150 camas de UTI; otro reclamo fue realizado por el Comité de Medicina Crítica y Terapia Intensiva que afirmaba que el país solo contaba con 190 especialistas intensivistas y que se requerirían mínimamente 400 a 500.

Por lo que era evidente que el país carecía de camas de UTIs y especialistas que puedan abarcar la cantidad poblacional en caso de ser necesario; por otro lado, el Gobierno central realizó anuncios de la compra de ventiladores para potenciar las UTIs a nivel nacional;

<sup>453</sup> <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/Coronavirus-sintomas-comunes-pacientes-ingresados-uci-1470>



inicialmente, se conoció la llegada de 500 respiradores de procedencia china, para tal efecto. En agosto, la Defensoría del Pueblo realizó verificativos en establecimientos de salud a nivel nacional para constatar el uso de estos respiradores y conoció que a nivel nacional se presentaron inconvenientes, como que éstos utilizarían distinta nomenclatura técnica o se encontrarían malogrados. En algunos establecimientos de salud informaron que no cumplirían las condiciones para patología de COVID-19, situación que derivó a que muchos de estos equipos hayan sido dado de bajas y se encuentren en depósitos. A esta situación se suma que en el pico y brote de contagios por COVID-19 a nivel nacional, por reportes de medios de prensa se conoció de colapsos en las UTIs y establecimientos de salud.

En cuanto a la fecha de entrega de respiradores de procedencia china y la cantidad, tomando en cuenta los datos obtenidos mediante verificaciones a hospitales públicos y entrevistas a directores de hospitales COVID-19, se tiene la siguiente información:

DEPARTAMENTO	FECHA DE RECEPCIÓN	CANTIDAD TOTAL
Oruro	mayo - agosto	20
Potosí	junio - agosto	20
Cochabamba	mayo - julio	48
Chuquisaca	junio - septiembre	22*
Beni	abril - agosto	31
Pando	junio	20

Cuadro elaborado por la Defensoría del Pueblo (\*El Hospital San Pedro Claver de Chuquisaca informó que revisado los archivos de Dirección no encuentran actas de entrega, sin embargo físicamente cuentan con ocho respiradores).

En cuanto a la temporalidad de entrega, se tiene que el departamento del Beni recibió los primeros equipos durante el mes de abril, dos recibieron durante el mes de mayo (Oruro y Cochabamba) y otros tres en junio (Potosí, Pando y Chuquisaca), uno (La Paz) no habría recibido ningún ventilador, no se cuenta con los datos del resto de departamentos (Tarija, Santa Cruz). El marco temporal de la entrega de estos ventiladores oscila desde abril hasta septiembre de 2020, considerando que el primer caso positivo por COVID-19 en Bolivia data del mes de marzo, y tomando en cuenta los reclamos de la Sociedad Boliviana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva y del Comité de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, existe un retraso evidente en la entrega de ventiladores.

Estos equipos de procedencia china, que se denominan "Ventilador WDH-1", conforme refirió el SEDES Oruro, sus principales características son que estos equipos serían de gama baja-media, con brazo de soporte, nebulizador, humidificador, panel de control y compresor de aire, además de tener modos de trabajo como control de volumen, control de presión, con un rango VT: 50-1500 y con modos ventilatorios A/C, SIMV, PCV, PSV, MMV, con apoyo PEEP y alarmas VT (superior/inferior), presión pico, con límite (Superior/inferior), VM límite (superior/inferior), concentrador de oxígeno límite (superior/inferior), PEEP límite (superior/inferior). Esta información es coincidente con lo reportado por el SEDES Potosí, que señaló que estos



son ventiladores mecánicos, con compresor incorporado, funcionan con voltaje de 220, presentan una perilla para la programación de los modos ventilatorios, contarían con cinco modos ventilatorios y dos modos extras, de uso manual a través de la perilla de manejo, con humidificador, brazo de soporte, tubos corrugados, manómetros para adaptación a botellón de oxígeno y bolsa de insuflación.

Se conoció, mediante medios de prensa, que el Comité Científico de la Sociedad Boliviana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva (SBMCTI) indicó que los respiradores chinos que fueron entregados por el Gobierno central eran muy básicos y no estaban calificados para pacientes con coronavirus. El Ministerio de Salud admitió que al menos 23 unidades presentaban fallas, sin embargo, los SEDES señalaban que éstos ascendían a 40; autoridades del Hospital del Tórax de La Paz manifestaron que estos equipos presentaban fallas en el software, deficiencias en nanómetros de presión, falta de condiciones técnicas y ambientales para terapia intensiva, que eran equipos de baja gama, no contaban con sistema de calibración en sensores internos y tenían fallas importantes en la pantalla cuando los encendían. De acuerdo a la información recabada por la Defensoría del Pueblo, se constató que en al menos ocho de 13 establecimientos de salud COVID-19 a nivel nacional, estos respiradores presentaron fallas. De igual forma, se constató que ninguno de estos respiradores fue entregado a algún establecimiento de la seguridad social a corto plazo.

En la información difundida se hacía énfasis que el problema con estos equipos recaía en las características porque no serían los adecuados para la utilización en pacientes con COVID-19 en UTIs.

El SEDES Oruro manifestó que se presentaron problemas en la verificación de su toma de oxígeno para su conexión, que era un diámetro más grande a comparación del universal; que el manejo del equipo era básico; su software requería una actualización; el panel de control era muy básico de baja gama; los accesorios y circuitos corrugados no eran autoclavables, que eran descartables y solo se contaban con tres unidades por equipo. El SEDES Potosí alertó que tuvieron que realizar el cambio de los DIS, para la toma de oxígeno, problemas que se repitieron en el resto de departamentos. En el caso del departamento de Cochabamba se elaboraron informes técnicos de los establecimientos de salud en los que recibieron estos equipos, en los que se concluyó que: *"(...) tiene muchas limitaciones entorpeciendo el manejo adecuado del paciente, provocando mayor autoventilación, prolongando su estadía hospitalaria e incluso el deceso. Por lo mencionado, como médicos de la unidad de cuidados intensivos del Hospital del Sud solicitamos a su autoridad la no utilización de estos ventiladores en pacientes con infección por COVID 19 y solucionar lo mencionado a la brevedad posible con la nueva adquisición de ventiladores para dar una atención de calidad a los pacientes y evitar complicaciones fatales..."*, además señalaron que estos *"ventiladores no se encuentran en idioma español, las unidades de medida no son las utilizadas convencionalmente, los modos ventilatorios son básicos, no siendo las más idóneas para manejo de paciente ventilado complicado y, mucho menos con síndrome de distrés, solo cuenta con gráficas básicas de presión y volumen por lo que no brinda bucles espirométricos, no tiene medidas de flujo ni apoyo de diagnóstico para mediciones pulmonares, no cuentan con la opción de modificar el tiempo inspiratorio, ni calibrar el flujo deseado de forma independiente, no hay relación entre los parámetros programados del ventilador con las presiones que entrega, siendo mucho más altas que las*

*programadas y no cuenta con certificación estándar internacional que garantice su funcionamiento, por lo que concluye que solicitan no utilizarlos en pacientes COVID-19”.*

Por lo tanto, es más que evidente que los ventiladores WDH de procedencia china, adquiridos por el Gobierno central, no cumplían los requisitos técnicos para pacientes con COVID-19 que se encuentren en la tercera fase de hospitalización en UTIs, conforme lo manifestado por los SEDES mediante informes técnicos, donde concluyen que inclusive estos equipos estarían *“provocando mayor autoventilación, prolongando su estadía hospitalaria e incluso el deceso”*; se evidencia que la adquisición de este tipo de ventiladores no son los adecuados, que el Gobierno central hizo caso omiso a la advertencia de los especialistas, no realizó el proceso de gestión adquisitiva y de administración de los mismos, toda vez que varios de estos equipos habrían llegado en mal estado, y al no ser compatible con las especificaciones técnicas de las UTIs a nivel nacional, se vulneró el derecho a la salud y a la vida de los pacientes con COVID-19.

Estos respiradores no fueron los únicos anunciados como parte de la atención a la emergencia sanitaria por COVID-19, el Gobierno central manifestó la adquisición de ventiladores de la marca RESPIRA de procedencia española. La Sociedad Boliviana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva se declaró en emergencia y aseguró que estos aparatos no servían para atender complicaciones por COVID-19; pese a ello, estos respiradores, conforme la información obtenida, jamás entraron en funcionamiento, porque en medio del proceso de adquisición y compra, hubo denuncias por supuestos actos de corrupción, situación por la cual, actualmente, se encuentran en calidad de depósito en SEDES y CEASS, en medio de una investigación penal en curso.

De igual manera, se conoció que en el mes de agosto se habría recibido 200 equipos ventiladores de procedencia estadounidense, empero, hasta la fecha de elaboración del presente informe no se conoció datos referentes a las características de estos equipos, la distribución que hubiesen tenido a nivel nacional o si hubiesen presentado algún problema en su funcionamiento.

La atención a la emergencia sanitaria por el Gobierno central en la adquisición, administración y distribución de los respiradores fue errada, inicialmente, porque no consideró las advertencias por parte de instancias como el Comité Científico de la Sociedad Boliviana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva y la Sociedad Boliviana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, que oportunamente alertaron que los respiradores, tanto los de procedencia china como los de procedencia española, serían muy básicos y no estarían calificados para su uso con pacientes con patología COVID-19, también advirtieron diversos problemas y fallas en estos equipos, entre ellos, fallas en el software, deficiencias en nanómetros de presión, no reunían condiciones técnicas ni ambientales para terapia intensiva y otros problemas que no permitirían un uso eficaz en pacientes que se encuentren internados en alguna UTIs. Sin embargo, sin considerar las advertencias previas, procedieron a la compra y lo distribuyeron de manera tardía y conforme iban suscitándose pedidos regionales; asimismo, no se advierte algún plan de dotación y distribución equitativo y ecuánime a nivel nacional, y ante la denuncia de que éstos equipos se encontrarían con fallas, la reacción del Ministerio de Salud por ver

la forma de enmendar y solucionar fue tan tardía que los propios establecimientos de salud, ante una inminente necesidad, tuvieron que realizarla con sus propios recursos, por lo que todo el proceso de fortalecimiento de UTIs, respecto a ventiladores en la emergencia sanitaria por COVID-19 a nivel nacional, estuvo marcada por diversos errores que pusieron en peligro la vida de los pacientes críticos, conforme fue denunciado por especialistas del área.



### **LA PANDEMIA HA EVIDENCIADO LA NECESIDAD DE FORTALECER LA PROVISIÓN DE OXÍGENO**

El oxígeno forma parte de la lista de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud y, sin embargo, no se distribuye ampliamente en los países en desarrollo que sobrellevan la mayor carga de mortalidad de recién nacidos, niños y adultos gravemente enfermos. Los motivos del acceso escaso al oxígeno suelen ser el costo y la falta de infraestructura para instalar y mantener un suministro fiable del gas. Aun cuando haya suministro de oxígeno en los establecimientos asistenciales, el acceso de los pacientes a éste puede verse restringido por la falta de accesorios, un suministro eléctrico inadecuado o la escasez de personal calificado<sup>454</sup>.

Ya en 2016, la OMS señalaba que el oxígeno es fundamental para salvar la vida de personas gravemente enfermas y que la oxigenoterapia es una intervención muy eficaz para disminuir la mortalidad mundial. Sin duda alguna, el oxígeno se ha convertido en un insumo indispensable para combatir la COVID 19, y los problemas de acceso no sólo se presentan en la época de la pandemia en Bolivia, sino con anterioridad. Entre éstos está que la empresa

<sup>454</sup> <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251911/9789243509884-spa.pdf>

Praxair abarca el 66% del mercado medicinal del país, cuya planta se encuentra en Santa Cruz; que en la ciudad de La Paz sólo uno de los 32 hospitales públicos, de la seguridad social y privados cuenta con un generador de oxígeno, el resto se abastece por medio de tanques de almacenamiento y cilindros; que la infraestructura de los establecimientos de salud es deficiente a nivel nacional; que la situación de la provisión de oxígeno en el área rural es más precaria, puesto que no existen ni tanques de almacenamiento de oxígeno y dependen de tubos de oxígeno que viajan kilómetros para ser recargado, y que los trámites de importación son burocráticos.

Las problemáticas detectadas han develado las debilidades y necesidades en la provisión de oxígeno en nuestro país, como el hecho de que solo una empresa tenga un porcentaje de más del 50% a nivel nacional monopolizando el mercado medicinal, con una planta de producción que distribuye a diferentes regiones por carretera y que no tendría la capacidad para dotar de oxígeno ante la sobredemanda provocada por la pandemia, situación que genera la necesidad de contar con generadores de oxígeno en los hospitales públicos, de la seguridad social y privados, y con una planta de producción que garantice la dotación a todo el país. Al respecto, el CEASS dependiente del Ministerio de Salud, establece que el oxígeno es un insumo que requiere condiciones de alta complejidad para su almacenamiento y distribución por el alto precio al consumidor final, aspecto que no justifica el descartar una necesidad apremiante como es la de contar con una planta de producción de oxígeno en el país.

La situación de los hospitales públicos y de la seguridad social a nivel nacional se ven desprotegidos ante la falta de oxígeno, al no tener un generador que les permita disponer de este insumo en la cantidad suficiente y en el momento en que se lo precise, por lo que es inconcebible que en La Paz, que cuenta con más de 766.468<sup>455</sup> habitantes, sólo se disponga de un generador de oxígeno en un hospital de la seguridad social y que ningún hospital público de segundo o tercer nivel lo tenga.

Otro tema trascendental, es la situación en la que se encuentran los hospitales públicos y de la seguridad social en cuanto a infraestructura que data de hace más de un siglo, como el caso del Hospital de Clínicas en La Paz, que comenzó a escribir su historia desde 1919, o el Hospital Obrero N° 1 de la CNS que fue inaugurado oficialmente el 31 de octubre de 1955, el Viedma de Cochabamba que data de 1955; cualquier adaptación o instalación se complica por la antigüedad de estos establecimientos de salud. La situación del área rural en cuanto a la provisión de oxígeno es casi inaccesible, puesto que dependen de tubos de oxígeno que tienen que ser trasladados para su recarga, colocando en desprotección a los pobladores del lugar; finalmente, la burocracia en los trámites de importación dificulta el acceso a este suministro.

Estas problemáticas se acrecentaron en la pandemia debido a la necesidad de contar con este insumo en mayor cantidad, habiéndose triplicado la demanda, situación que provocó otros problemas que no fueron previstos oportunamente:

---

<sup>455</sup> Censo 2012

- Al encontrarse la planta de PRAXAIR en la ciudad de Santa Cruz, la provisión de oxígeno al occidente del país, especialmente en el período de conflicto que existió, ha demostrado la falta de previsión en cuanto a la distancia y el tiempo que se necesita para transportar el oxígeno medicinal por carretera.
- La empresa PRAXAIR, en el caso de La Paz, no logró abastecer a los hospitales públicos, de la seguridad social y privados; la demanda en su planta antes de la emergencia era de 25 toneladas al día, luego sobrepasó las 50.
- La producción se complementó con la importación de oxígeno desde Paraguay, Argentina y Brasil a fin de contar con el volumen necesario para atender los requerimientos de los hospitales.
- Al inicio de la emergencia sanitaria no se tomó la previsión de agilizar los trámites de importación para la dotación de una mayor cantidad de oxígeno.

De acuerdo a lo expuesto, era previsible que este insumo escasearía y que la demanda superaría la dotación normal; sin embargo, no se adoptaron las medidas de prevención de manera oportuna, sino hasta fines de julio cuando se emite el Decreto Supremo N° 4304 que establece como prioridad la importación de oxígeno líquido medicinal frente a la crisis; también dispone que todas las entidades estatales deberán facilitar las acciones administrativas para un tránsito, transporte y flujo internacional, nacional e interdepartamental expedito; asimismo, autoriza que por los próximos seis meses y de forma excepcional, la ampliación del límite de carga de 23 a 45 toneladas, para el ingreso al país de cisternas con oxígeno líquido de uso medicinal.

Para el mes de julio de 2020, se contaba con 76.789 contagios y 2.977 fallecidos por coronavirus,<sup>456</sup> situación que demuestra la reacción tardía del Órgano Ejecutivo, y que pese a las acciones operativas reportadas por la AGEMED, consistentes en la convocatoria a reuniones de coordinación a los proveedores de oxígeno entre mayo y julio, mediante circulares internas, no se adoptaron medidas efectivas sino hasta el 31 de julio que se emite el Decreto Supremo N° 4304.

La escasez de oxígeno en agosto debido a los bloqueos realizados por movimientos sociales en diferentes sectores del país, que impidieron el ingreso de cisternas de oxígeno a los departamentos de Oruro y La Paz, produjeron alarma en la población y en el manejo de la información sobre la cantidad de fallecidos como producto de los bloqueos, debido a que se publicó que 40 personas habrían fallecido por la falta de oxígeno; sin embargo, de las entrevistas realizadas a los directores de los SEDES, solamente Oruro reportó cuatro personas fallecidas de la CNS. En este sentido, se desconoce el origen de la elevada cantidad de fallecidos a causa de los bloqueos que fue anunciada por parte del Gobierno central. Al respecto, la CIDH expresó su *“repudio a cualquier tipo de bloqueo de equipos médicos,*

<sup>456</sup> <https://www.minsalud.gob.bo/4461-bolivia-acumula-76-789-contagios-y-2-977-fallecidos-con-Coronavirus-hasta-en-mes-de-julio>



*confrontaciones y hechos de violencia contra la integridad física de las personas o en contra de la propiedad pública y privada, así como el uso innecesario y excesivo de la fuerza pública en Bolivia”.*

Por lo expuesto, en el tema del oxígeno se han vulnerado los derechos de acceso a la atención en salud, toda vez que, de lo evidenciado, la carencia de oxígeno es un conflicto estructural del Sistema Nacional de Salud y tomando en cuenta que los servicios de salud deben ser accesibles a todos, especialmente a los más vulnerables, sin discriminación de ningún tipo, cualquier pago por este servicio público debe estar basado en el principio de equidad, debiendo el Estado garantizar el acceso a este medicamento esencial conforme lo establece la OMS. Además, el oxígeno adquiere mayor importancia por su uso en el tratamiento de pacientes diagnosticados con COVID-19, y ante el reconocimiento de inexistencia de una planta de producción de oxígeno en el país, existe la necesidad imperante de contar con este tipo de infraestructura que garantice la distribución nacional y departamental, de igual manera en los establecimientos de salud, para que puedan contar con generadores propios.



### **A AUSENCIA DE UNA POLÍTICA DE MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE COVID-19 GENERÓ AGIO Y ESPECULACIÓN EN LA POBLACIÓN**

El marco normativo nacional está basado en la Política Nacional de Medicamentos que tiene como objetivo general: *“Lograr que la población boliviana tenga acceso con equidad a medicamentos esenciales, eficaces, seguros y de calidad”*. El Estado Boliviano desarrolla intervenciones en los sectores involucrados, con la participación de la comunidad organizada y reconociendo sus terapias tradicionales, para normar, regular, vigilar, controlar y promover el uso racional de medicamentos. Esta política plantea dos grandes pilares: El Sistema Nacional de Vigilancia y Control de Medicamentos y el Sistema Nacional Único de Suministro, sistemas que de manera conjunta permiten alcanzar el objetivo general de la Política Nacional de Medicamentos.

La estructura legislativa que permite operar la Política Nacional de Medicamentos se basa en la Ley N° 1737 “Ley del Medicamento” promulgada el 17 de diciembre de 1996, su Decreto Supremo N° 25235 “Reglamento a la Ley del Medicamento” y el Decreto Supremo N° 26873 relativo al “Sistema Nacional Único de Suministro”. A través de la Ley se regula la fabricación, elaboración, importación, comercialización, calidad, registro, selección, adquisición, distribución, prescripción y dispensación de medicamentos de uso humano, así como de medicamentos especiales, biológicos, vacunas, hemoderivados, alimentos de uso médico, cosméticos, productos odontológicos, dispositivos médicos, productos homeopáticos y productos medicinales naturales y tradicionales.<sup>457</sup>

Ante la declaración de pandemia por COVID-19 por parte de la OMS, era necesario regular el nuevo marco normativo que permita al Estado estar preparado para afrontar esta emergencia sanitaria; al efecto, el Gobierno central emitió una serie de decretos con relación a los medicamentos durante la emergencia sanitaria por COVID-19. El primero de ellos es el Decreto Supremo N° 4174 de 5 de marzo de 2020, que tiene por objeto, autorizar al Ministerio de Salud, a las entidades territoriales autónomas y a las entidades de la seguridad social de corto plazo, de manera excepcional, efectuar la contratación directa de medicamentos, entre otros, para la prevención, control y atención de la “emergencia de salud pública de importancia internacional” provocada por el coronavirus (COVID-19).

De igual manera, emitió el Decreto Supremo N° 4201 de 25 de marzo de 2020, que tiene por objeto asignar funciones a la CEASS y establecer procedimientos y mecanismos ágiles y oportunos para la adquisición de medicamentos, entre otros, para el periodo de implementación de las acciones y medidas de vigilancia epidemiológica, prevención, contención, diagnóstico, atención y tratamiento de la enfermedad del Coronavirus (COVID-19) dentro del territorio nacional.

Posteriormente, se emitió el Decreto Supremo N° 4205 de 1° de abril de 2020, que reglamenta la Ley N° 1293, de la misma fecha, para la Prevención, Contención y Tratamiento de la Infección por el Coronavirus (COVID-19), que establece priorización por parte de las entidades de la seguridad social de corto plazo de disponer recursos para la adquisición de medicamentos a ser distribuidos en sus establecimientos de salud, a fin de proporcionar la atención a sus afiliados para enfrentar la emergencia sanitaria nacional por la COVID-19, además que las ETAs proveerán medicamentos para los establecimientos de salud del subsector público para enfrentar la emergencia sanitaria y, señala también, que el Ministerio de Salud podrá coadyuvar en el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, realizando la adquisición de medicamentos mientras dure la emergencia sanitaria nacional por COVID-19; adicionalmente señala que las compras deben ser coordinadas e informadas a esta cartera de Estado, a fin de garantizar la oportunidad, pertinencia, eficacia y eficiencia, así como evitar la duplicidad dentro del Sistema Nacional de Salud. Su Artículo 7 establece que el Ministerio de Salud, los establecimientos de salud, clínicas y otros de los subsectores público, de la seguridad social de corto plazo y privado del Sistema Nacional de Salud, dotarán de manera gratuita medicamentos para las personas infectadas de COVID-19 y que esta cartera de

<sup>457</sup> [https://www.AGEMED.gob.bo/#nuestra\\_institucion/resena\\_historica](https://www.AGEMED.gob.bo/#nuestra_institucion/resena_historica)



Estado de manera excepcional podrá también dotar de forma gratuita medicamentos para las personas con COVID-19, a los establecimientos de salud de tercer, segundo y primer nivel de atención, previa coordinación con las ETAs.

Finalmente, el Decreto Supremo N° 4224 de 24 de abril de 2020, que autoriza a la AISEM, mientras dure la declaratoria de emergencia sanitaria nacional, gestionar y/o adquirir medicamentos entre otros, y que estos medicamentos adquiridos, responden a las actividades, acciones y medidas necesarias de prevención, contención y tratamiento de la intención del COVID-19.

De esta forma, desde el 5 de marzo de 2020 se reguló el tema de adquisición y contratación directa de medicamentos para la atención de la COVID-19, además se estableció obligaciones para cada uno de los subsectores del Sistema Nacional de Salud y la compra y adquisición por parte de la CEASS y AISEM; asimismo, se dispuso la dotación de medicamentos, de manera gratuita, para pacientes infectados con COVID-19 cuando se encuentren en establecimientos de salud del Sistema Nacional, dejando la responsabilidad de coordinar y supervisar las adquisiciones al Ministerio de Salud, a fin de garantizar oportunidad, eficacia, pertinencia y eficiencia, y teniendo esta cartera de Estado, como ente rector del área salud, la posibilidad de dotar estos insumos a los establecimientos de salud, en el marco de la atención a la emergencia sanitaria por COVID-19.

Ante el anuncio del primer caso de contagio oficial en Bolivia en el mes de marzo, la población, desconociendo el alcance de esta pandemia, se avocaba en la compra de insumos de protección como mascarillas (barbijos) y alcohol en gel, como medidas preventivas; éstos tuvieron un incremento de precio abismal y no se emitió ningún tipo de regulación. El panorama referido a los medicamentos era totalmente incierto, por lo que la población desesperada intentó adquirir la mayor cantidad posible de aquellos que pudieran servir en casos de resfríos, provocando desabastecimiento y especulación a nivel nacional.

Durante los meses de marzo, abril y mayo no hubo un lineamiento en cuanto al uso de medicamentos para pacientes con COVID-19; por los reportes de medios de prensa, se conoció en reiteradas oportunidades que, tanto autoridades nacionales como de distintas ETAs, anunciaban distintos tipos de acciones, destacando entre ellas la adquisición de medicamentos. Precisamente, con el objetivo de afrontar la emergencia sanitaria por COVID-19, hubo varios medicamentos que fueron asociados para el tratamiento del virus, entre ellos la hidroxiquina, ivermectina y avifavir, en este último se logró la autorización por parte de la AGEMED para su fabricación y distribución a nivel nacional, situación que conllevó a varias ETAs a realizar compras de este fármaco ruso, empero, el Ministerio de Salud señaló que se aprobó para el uso específico de influenza H1N1 y descartó el aval para el uso en el tratamiento del coronavirus. Situación que evidenció una falta de lineamientos respecto a la política de medicamentos de tratamiento de la COVID-19.

Recién el 25 de julio de 2020, el Ministerio de Salud publicó la Guía Rápida de Manejo de Pacientes con COVID-19 que establece los niveles de atención para esta enfermedad dividido en tres etapas. La primera referente al manejo ambulatorio (primer nivel de atención) para

pacientes con situación clínica de infección viral temprana, asintomáticos o con enfermedad leve sin evidencia clínica de neumonía ni factores de riesgo, establece tratamiento con antitérmicos (paracetamol e ibuprofeno), para el fortalecimiento y/o estímulo del sistema inmunitario (vitamina C, vitamina D3 colexicalciferol, Omega 3 y sulfato de zinc), para el control de la tos improductiva (codeína y dextrometorfano), para el control de diarrea (loperamida) y antimicrobianos (amoxicilina/Ác. clavulánico y azitromicina).

La información a la población sobre el uso de los medicamentos para el tratamiento del coronavirus fue escasa y hasta inexistente; la ausencia de un protocolo, previa emisión de esta guía, generó incertidumbre e inseguridad en la ciudadanía. Esta situación provocó problemas como consecuencia de la compra indiscriminada y desmedida de medicamentos para el tratamiento de COVID-19, hubo acciones aisladas para evitar esta situación que, en algunos casos, llegaron hasta estrados judiciales por la venta de productos con sobreprecio y especulación de los mismos, además se advirtió que en mercados digitales se ofrecía y comercializaba este tipo de medicamentos de dudosa procedencia; de igual manera, el panorama en las farmacias era complicado porque los medicamentos para tratamiento del COVID-19 se encontraban con precios demasiado elevados y los farmacéuticos alegaban que las empresas que importaban este tipo de medicamentos habrían subido sus precios. Todo este caos por el que pasó la población boliviana llegó a un punto cúspide cuando el SEDES La Paz y otros, a inicios del mes de julio, publicaron un listado de medicamentos sugeridos para el tratamiento de COVID-19, aspecto que agravó la situación de la comercialización, motivo por el cual el Ministerio de Salud, a través de la AGEMED, anunció **que realizaría acciones de control** en la venta de medicamentos, recién el 27 de julio de 2020 se publicó la lista de precios de medicamentos e insumos para el tratamiento del coronavirus, con el objetivo de evitar el agio y especulación. Tomando en cuenta que las conductas especulativas de los medicamentos iniciaron en febrero y marzo, se observa que hubo una diferencia de al menos cinco meses para conocer acciones afirmativas legales, por parte de las instancias competentes, para que se considere regular el mercado interno.

Posterior a la emisión del listado de precios, la AGEMED y las ETAs, conjuntamente otras instituciones, se encargaron de realizar controles. Al respecto, de acuerdo a la información obtenida sobre esta situación, se advierte que en todos los departamentos realizaron inspecciones, supervisiones, intervenciones y verificaciones de farmacias y mercados que estuviesen comercializando medicamentos. En estas acciones participaron, además de la AGEMED y ETAs, personal de la Fiscalía, Defensoría del Pueblo y Policía Boliviana, entre otros.

La AGEMED, a través de nota con cite MS/AGEMED/AUMyT/AAVyC/CE/798/2020 con fecha de recepción 2 de octubre de 2020, informó sobre el procedimiento sancionatorio por infracciones relacionadas al agio y especulación reconocida por la Ley N° 1737 y la Resolución Ministerial N° 0250 de 14 de mayo de 2003. Además, esta instancia recibió 18 denuncias sobre alza de precios, nueve han sido derivadas a los SEDES departamentales de acuerdo a sus competencias y jurisdicción, las demás estarían en proceso de investigación y ejecución dentro de la AGEMED. En cuanto a los procesos sancionatorios que se hubieran sustanciado a partir de la lista de precios de medicamentos para tratamiento de la COVID-19,

informó que se tiene 134 casos con sentencias ejecutoriadas, sin embargo, el aspecto que llama la atención es que esta institución alega que *“no emitió ninguna lista de medicamentos para el tratamiento de la COVID-19 por no encontrarse dentro de sus competencias”*, pese a que líneas previas daba a entender las cantidades de sanciones emitidas a raíz de las acciones de verificación por el alza de precios a nivel nacional.

La política nacional de medicamentos para el tratamiento de COVID-19 generó temor en la población, que ante la falta de información transparente y clara, se avocaron a la compra masiva de estos insumos, lo que generó conflictos de agio y especulación que fueron atendidos con efímeras acciones de control de mercado, denotando una acción negligente por parte del nivel central del Estado y las ETA's, cuando lo necesario, para prevenir estos conflictos y ante un rebrote inminente a nivel mundial, dicho control debiera ser permanente en el marco de la pandemia.



### **EL FORMULARIO DE “CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES CON COVID-19 (CORONAVIRUS)” GENERA INDEFENSIÓN AL PACIENTE**

La CIDH, mediante Resolución 01/2020 de 10 de abril instó a los países miembros a cumplir con las referidas recomendaciones, que en el caso particular del consentimiento informado, señaló que los Estados deben garantizar el consentimiento previo e informado de todas las personas en su tratamiento de salud en el contexto de las pandemias, así como la privacidad y

protección de sus datos personales, asegurando un trato digno y humanizado a las personas portadoras o en tratamiento por COVID-19. Está prohibido someter a las personas a pruebas médicas o científicas experimentales sin su libre consentimiento.

Posteriormente, en julio, la Comisión adoptó la Resolución 04/2020, que en el marco de los derechos humanos de pacientes con COVID-19, recomendó la aplicación de directrices para temas específicos, de modo tal que las relativas al consentimiento informado refieren que cualquier tipo de tratamiento médico de las personas con COVID-19 debe recabar el consentimiento previo, libre e informado de las personas afectadas. Cuando esté comprobado que su condición de salud no se lo permita, es necesario contar con el consentimiento de sus familiares o representantes. Dicha regla sólo admite como excepción una situación de urgencia donde se encuentre en inminente riesgo la vida y le resulte imposible a la persona con COVID-19 adoptar una decisión en relación con su salud. La urgencia o emergencia se refiere a la inminencia de un riesgo y, por ende, a una situación en que la intervención es necesaria ya que no puede ser pospuesta, excluyendo aquellos casos en los que se puede esperar para obtener el consentimiento.

Toda persona con COVID-19 tiene derecho a que los prestadores de servicios médicos les suministren información oportuna, completa, comprensible, clara, sin tecnicismos y fidedigna, teniendo en cuenta sus particularidades y necesidades específicas. Asimismo, se le debe informar, incluso de manera oficiosa al menos, sobre: i) la evaluación de diagnóstico; ii) el objetivo, método, duración probable, beneficios y riesgos esperados del tratamiento propuesto; iii) los posibles efectos desfavorables del tratamiento propuesto; iv) las alternativas de tratamiento, incluyendo aquellas menos intrusivas y el posible dolor o malestar, riesgos, beneficios y efectos secundarios del tratamiento alternativo propuesto; v) las consecuencias de los tratamientos, y vi) lo que se estima ocurrirá antes, durante y después del tratamiento. La información debe ser suministrada de manera clara, accesible y culturalmente adecuada.

Cualquier investigación en seres humanos relacionada con COVID-19 debe recabar el consentimiento previo, libre e informado de la persona. Toda persona tiene el derecho a negarse a participar en la investigación y a retirar su consentimiento en cualquier momento. En cuanto al uso de sus datos personales, las personas deben ser informadas y dar igualmente su consentimiento sobre las circunstancias en las que sus datos o muestras de material biológico podrían compartirse con las autoridades de salud pública o con otros grupos de investigadores para futuros estudios. Las personas con COVID-19 no deben ser inducidas por ningún prestador de servicios médicos para consentir cualquier tipo de tratamiento médico, experimental o a participar en algún proyecto de investigación, como consecuencia de la falta de información y de entendimiento de aquella que sea proporcionada.

La Constitución Política del Estado determina, claramente, que ninguna persona será sometida a intervención quirúrgica, examen médico o de laboratorio sin su consentimiento o el de terceros legalmente autorizados, salvo peligro inminente de su vida.

Ya existía un formulario de consentimiento informado aprobado desde la gestión 2008;



durante la pandemia y con posterioridad a la declaratoria de cuarentena rígida, el Gobierno nacional aprobó un nuevo formulario para el tratamiento de pacientes con COVID-19. Resulta necesario analizar las disposiciones de éste último documento:

- 1- *Dejo constancia que he sido ampliamente informado por mi médico/a tratante sobre la evolución actual de mi enfermedad, la que consiste en una infección por el virus COVID-19 conocido como Nuevo Coronavirus, la que puede hacer necesario mi traslado a terapia intensiva, el uso de respirador artificial y, eventualmente, poner en riesgo mi vida;*
- 2- *Ante esta situación se me ha propuesto recibir ..... como tratamiento bajo una modalidad llamada "fuera de prospecto o uso off label". La indicación llamada "fuera de prospecto u off label" significa la posibilidad de utilizar un medicamento para una indicación distinta por la que oficialmente se encuentra registrado y autorizado su uso, en la medida en que no existan tratamientos alternativos, y que la evolución de la afección padecida signifique una amenaza para la salud y/o integridad y/o vida de la persona que la padece. Se hace permisible la utilización de otras medicinas no aplicables al tratamiento contra la COVID-19, de este modo el tratamiento puede o no ser favorable, sin embargo, al haber sido informado el paciente, se entiende que éste asume la responsabilidad y el médico tratante se deslinda de cualquier efecto adverso que pudiera surgir de la aplicación de un tratamiento autorizado por el paciente.*
- 3- *Me han explicado y he comprendido que hasta el momento no existe un tratamiento específico ya probado y autorizado para esta infección viral pero que, sin embargo, ante la necesidad de ofrecer un tratamiento que intente mejorar la evolución de mi enfermedad y la sobrevida, recibiré medicamentos ya aprobados para otros usos, sin embargo, se me informó que su beneficio aún no ha sido probado en mi enfermedad si bien, hay estudios en curso.*
- 4- *Se me ha explicado y he comprendido que por el momento es una alternativa terapéutica disponible en categoría experimental para el tratamiento y que se seguirá el esquema de tratamiento indicado. El mismo se podrá ir modificando en el tiempo según la evidencia disponible.*
- 5- *He comprendido que la prescripción de dichas drogas se realiza con el objetivo de intentar detener el agravamiento de mi estado de salud.*
- 6- *En el caso de haberseme indicado lopinavir/ritonavir, se me ha informado verbalmente y por escrito del riesgo de interacciones farmacológicas.*
- 7- *Se me ha explicado en términos claros y sencillos y he comprendido que estos tratamientos pueden tener efectos adversos variados, incluso algunos no esperados: LOPINAVIR/RITONAVIR: Más frecuentes: Metabólicos: Aumento de las grasas en sangre (colesterol y triglicéridos). Digestivos: Diarrea, alteraciones del gusto, náuseas, dolor abdominal y aumento de enzimas hepáticas. Infecciones del tracto respiratorio superior. Menos frecuentes: Cardiovascular: Vasodilatación. Piel: Erupciones cutáneas, reacciones alérgicas, infecciones.*

*Sistema nervioso central: fatiga, dolor de cabeza, ansiedad, insomnio. Hematológicos: disminución de los glóbulos blancos y plaquetas. Neuromuscular y esquelético: debilidad, dolor muscular. Respiratorio: infecciones del tracto respiratorio inferior. HIDROXICLOROQUINA: Oftálmico: retinopatía, puede generar lesiones severas, pero en muy baja frecuencia, pérdida de visión, cambios en la visión de los colores. Sistema nervioso: mareos, trastornos emocionales, labilidad emocional, dolor de cabeza, irritabilidad, nerviosismo, pesadillas, psicosis, convulsiones, vértigo. Dermatológico: picazón, enfermedad pustulosa, alopecia, decoloración del cabello, erupción ampollosa, eritema multiforme, exacerbación de la psoriasis, dermatitis exfoliativa, fotosensibilidad de la piel, síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, urticaria, cambios de color de la piel. Endocrino y metabólico: exacerbación de porfiria, pérdida de peso. Gastrointestinales: anorexia, diarrea, náuseas, vómitos, dolor abdominal. Hematológicos y oncológicos: anemia, hemólisis (en pacientes predispuestos), disminución de los glóbulos blancos y/o las plaquetas. Hepático: insuficiencia hepática (rara). Neuromuscular y esquelético: miopatía y neuromiopatía, que puede ser severa. Respiratorio: broncoespasmo. Cardiovascular: puede generar arritmias y cambios en el tamaño del corazón (miocardiopatía hipertrófica), si bien es poco frecuente. OTROS TRATAMIENTOS (detallar drogas y efectos adversos: .....*

- 8- *Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el profesional me ha informado adecuadamente del objetivo buscado con el tratamiento, no me ha sido garantizada la obtención del mismo*
- 9- *Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.*
- 10- *Manifiesto ser alérgico/a:*
- 11- *Autorizo al profesional interviniente a efectuar la documentación del procedimiento con fines científicos, educativos y académicos, siempre que se haga absoluta reserva de mi identidad.*
- 12- *Expreso, además, que he podido realizar todas las consultas que me surgieron, y que las mismas han sido respondidas, habiendo comprendido los beneficios, riesgos y ausencia de alternativas disponibles al tratamiento propuesto, consiento la iniciación del protocolo propuesto.*

*Prevé la inserción de tres firmas: paciente o representante legal, médico y testigo.*

El Formulario de Obtención de Consentimiento Informado para Pacientes COVID-19, de inicio alerta el riesgo que puede correr la vida del paciente ante eventualidades; el hecho de que refiera un eventual riesgo y lo impute a la enfermedad como tal, no permite vislumbrar claramente en qué momento dejaría de ser responsabilidad de la enfermedad y

en qué momento pasaría a ser responsabilidad del médico tratante; resulta muy ambigua la redacción y poco o nada favorable al paciente. Denota la permisibilidad en la utilización de otras medicinas no aplicables al tratamiento contra la COVID-19, de este modo el tratamiento puede o no ser favorable, sin embargo, al haber sido informado el paciente se entiende que éste asume la responsabilidad de cualquier efecto adverso que pudiera surgir de la aplicación de un tratamiento. Asimismo, pretende demostrar que el paciente ha entendido que el tratamiento a aplicarse es una alternativa experimental. Llama la atención que un documento oficial refiera a “intentos” por recuperar la salud del paciente, pierde la seriedad y el nivel de profesionalización. Aclara que la aplicación de estas medicinas específicas puede conllevar algunos riesgos y exponer en mayor grado la salud de la persona aquejada con la COVID-19. Resultaría importante conocer que el paciente comprende el alcance sobre los efectos y consecuencias que pudiera tener la aplicación de una de las medicinas referidas en el formulario y tener certeza de la conciencia que asume al respecto, ejemplo claro en el testimonio recogido en el departamento del Beni que al respecto refiere: *“(...) Cuando entre al Hospital Obrero firmé un formulario, no me lo leyeron ni explicaron, solo dijeron que era algo relacionado con el tratamiento, para que esté consciente del tratamiento y medicamentos que me iban a colocar (...)”*.

La amplitud en el contenido del formulario “Consentimiento Informado para el Tratamiento Farmacológico de Pacientes con COVID-19 (Coronavirus)” que constituye el Anexo N° 37, difiere radicalmente al alcance y delimitación establecidos por el Ministerio de Salud respecto al consentimiento informado emitido en febrero de 2008, cuyo espíritu y finalidad, en todo caso, es restringir la discrecionalidad en el actuar del profesional médico respecto a tratamientos y, particularmente, para poder en su caso determinar responsabilidades en el ejercicio de la profesión, independientemente de ser el documento contenedor de la información precisa, clara, completa y sencilla para el paciente.

Mención particular requiere la delegación en la decisión de modificación de la Guía de Manejo de COVID-19 sin la necesidad de una Resolución Ministerial, toda vez que es importante considerar que la institución jurídica de la discrecionalidad reglada es una excepción de uso poco común en el actuar de la administración pública.

Respecto a la utilización del Formulario en hospitales y centros de salud COVID-19, públicos y de la seguridad social, se pudo observar que el uso no ha sido uniforme, al menos en cuanto a los nosocomios que utilizaron un formulario elaborado por las autoridades y comités de los propios hospitales; en otros nosocomios se utilizó el formulario general aprobado en la gestión 2008 y, finalmente, existen nosocomios que si bien aseveraron la utilización de un formulario no especificaron cuál. Entonces este aspecto denota, ante todo y más allá de cualquier discrecionalidad que pudiera haber surgido en su formulación y uso, la falta de socialización de la autoridad llamada por ley del documento específico relativo al formulario para la obtención de consentimiento informado para pacientes COVID-19.

En los testimonios recogidos por la Defensoría del Pueblo se tiene, por ejemplo, el de la Clínica Privada Copacabana en Cochabamba: *“(...)al momento de internarle me hicieron firmar el formulario de consentimiento informado, donde hicieron constar el pago previo, pero no me*



*informaron sobre el tratamiento(...)", ó el del Hospital Obrero N° 2 de la seguridad social: "(...) en fecha 11 de agosto de 2020 llamé al Hospital Obrero N° 2 de la CNS porque el estado de salud de mi padre (...) fue ingresado directamente al área para pacientes COVID 19, donde le hicieron firmar a mi hermana un formulario indicándole que era para su internación, pero no nos dieron mayor explicación (...)", de igual modo en Santa Cruz, el del Hospital los Pocitos: "(...) cuando lo internaron firmaron un papel para que lo internen, pero no leyó por la prisa de que de una vez lo internen y lo atiendan, su papá era adulto mayor (...)", denotando claramente la omisión en la ejecución cabal de la rectoría en la lucha contra la pandemia.*

Este tipo de situaciones, en los hechos, han generado un sin número de perjuicios y consecuencias, incluso fatales, respecto a la atención de pacientes COVID-19. El ejemplo relatado en el diagnóstico sobre el paciente "S" en la Clínica del Sur en La Paz, es una descripción clara de los efectos y problemas que surgieron en todos los subsectores del Sistema Nacional de Salud; la vulneración del derecho al consentimiento informado no solo se debió y evidenció por parte de los directos responsables, vale decir el personal de aquel nosocomio, sino de las autoridades nacionales de salud y del Gobierno central que oportunamente no emitieron los formularios necesarios y requeridos para obtener el consentimiento informado. Las fechas son elocuentes en cuanto a los hechos acaecidos y la data de emisión de la Guía de Manejo COVID-19 que contiene el anexo respectivo, denotando un claro vacío legal generado por las aludidas autoridades nacionales responsables. Se debe reiterar que la decisión del traslado de ese paciente fue adoptada unilateralmente por la clínica, cuyas autoridades alegaban "cumplimiento de protocolo". Por otra parte, la poca o casi ninguna información recibida por la familia sobre el traslado y el estado de salud del paciente, con el que perdieron contacto, vulneró el derecho de acceso a la información y la posibilidad de adoptar acciones para salvaguardar su vida. Este caso se matiza además con el testimonio recogido en el departamento de Pando: "(...) Cuando estuve internado en la Caja Nacional de Salud no me informaron nada respecto al formulario de consentimiento informado, ni tampoco firmé nada, ni a mi familia le hicieron saber sobre ese formulario. (...) Por mi condición de embarazada y con COVID-19, pasé por todos los nosocomios públicos para la atención de esa enfermedad, pero nunca me informaron de ningún formulario de consentimiento informado, tampoco a mi mamá ni a mi marido les hicieron saber sobre eso (...)".

Como corolario que demuestra la línea que se ha seguido en cuanto al uso del Formulario de Obtención de Consentimiento Informado se tienen los siguientes testimonios: en Sucre en el Hospital San Pedro Claver: "(...) Yo radico y vivo solo en la ciudad de Sucre, por lo que ninguno de mis familiares pudo ser comunicado con algún documento de consentimiento (...)". En Santa Cruz pero en el Seguro Privado: "(...) Al ingresar a la clínica a mis padres les hicieron firmar documentos como pacientes. (...) Solo que hemos tenido dificultades cuando se complicaron mis padres, no se les quería colocar el plasma pese a que mi persona había indicado que firmaría el consentimiento informado, solo con la intervención de ustedes (Defensoría del Pueblo) se les coloco (...)".

## **RETICENCIA DEL ÓRGANO EJECUTIVO DEL NIVEL CENTRAL DEL ESTADO A UN ESTUDIO CIENTÍFICO SOBRE MEDIOS ALTERNATIVOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA COVID- 19**

El artículo 42 de la Constitución Política del Estado, establece que es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos; la promoción de la medicina tradicional incorporará el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural, y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos. Dispone que la ley regulará el ejercicio de la medicina tradicional y garantizará la calidad de su servicio.

En este contexto, la Ley N° 459, de 19 de diciembre de 2013, y el Decreto Supremo N° 2436 de 1 de Julio de 2015, regulan el ejercicio, la práctica y la articulación de la medicina tradicional ancestral boliviana en el Sistema Nacional de Salud.

En el marco de la Pandemia, la Ley N° 1293, de 1° de abril de 2020, establece que el Órgano Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud, podrá recurrir a la medicina tradicional para la prevención y contención de la infección por el coronavirus (COVID-19). En junio de 2020, esta cartera ministerial definió una reestructuración en su organización, por tanto el hasta entonces Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, pasó a formar parte del Viceministerio de Promoción, Vigilancia Epidemiológica y Medicina Tradicional e Interculturalidad que tiene dentro de su estructura a las direcciones generales de Promoción y Prevención de Salud, de Epidemiología y de Medicina Tradicional e Interculturalidad<sup>458</sup>.

Es preciso hacer notar que una de las tantas alternativas de pretensión curativa que generó expectativa en la población fue la medicina alternativa a base de determinadas plantas, cuyos comercializadores aseguraron, ante la opinión pública, ser la cura efectiva para la COVID-19: *"(...) En medio de la crisis sanitaria, sin embargo, los habitantes de Lomerío decidieron probar si el consejo ancestral funcionaba para este virus. Debido a su vínculo estrecho con la tierra, ellos siempre han recurrido a las plantas como una forma de combatir diversos males (...)"*.

### **Incumplimiento de la promoción, uso e investigación de la medicina tradicional para la lucha contra la COVID-19**

Los mandatos constitucionales descritos previamente, fueron inobservados por parte de las autoridades del Gobierno nacional, toda vez que se pudo observar claramente cómo las diferentes culturas, naciones y pueblos indígena originario campesinos, rescatando la experiencia ancestral y ante el abandono del Gobierno, decidieron utilizar la medicina

<sup>458</sup> <https://www.minsalud.gob.bo/4261-ministerio-de-salud-refuerza-su-estructura-institucional-con-tres-viceministerios-y-la-mision-de-cambiar-la-realidad-sanitaria>

tradicional como medio principal para curar y sanar a las personas aquejadas por este endémico mal.

Fueron las autoridades originarias las impulsoras, en sus diferentes regiones, de la promoción y uso de la medicina tradicional, que incluso se utilizó a nivel de las ciudades capitales ante la desesperación de la gente aquejada con la COVID-19, al no encontrar una cura para este mal y ante el pánico de la población por posibles contagios, esto sumado a la desinformación por parte de autoridades para darle la relevancia necesaria a cada uno de los productos tradicionales que se ofrecían en el mercado, lo cual generó el detrimento de la economía debido a la especulación y agio que se provocó respecto a estos productos. Asimismo, la falta de regulación y estudios técnicos por parte de las instancias nacionales a cargo de salud puso en grave riesgo la salud de la población, más aún si autoridades gubernamentales como el ex ministro de Gobierno Arturo Murillo, alertó de forma irresponsable que la cura de la COVID-19 tiene como base medicamentos y no así de “estupideces”, despreciando y minimizando cualquier impacto favorable que la medicina tradicional pudiera tener respecto al coronavirus.

Las experiencias particulares de cada región como el kutuki en el valle, el denominado ajo negro del valle y el matico, manzanilla y wira wira a nivel nacional, fueron alternativas naturales que de una manera u otra permitieron una evolución favorable, en muchos casos, de cuadros de pacientes afectados por la COVID-19, aun cuando no hubieron estudios científicos y pronunciamientos de instancias dependientes del Ministerio de Salud, de grupos de profesionales o de colegios de profesionales en salud.

Nuevamente es importante resaltar la participación de las autoridades departamentales que aún sin tener un lineamiento general de la autoridad nacional de salud, estas instancias definieron regular y apelar al uso de las plantas medicinales de diferentes maneras, como informó la Gobernación del Departamento de La Paz o se conoció en el caso de la Gobernación del Departamento de Cochabamba.

A esto se suma que las medidas asumidas con la reestructuración no han ayudado a fortalecer los medios alternativos para la curación de la COVID-19, puesto que con la eliminación del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad que pasó a depender del Viceministerio de Promoción, Vigilancia Epidemiológica Tradicional e Intercultural del Ministerio de Salud, restan la posibilidad de contar con estudios técnicos que validen la utilización de plantas medicinales.

### **Falta de un estudio científico sobre el uso de dióxido de cloro en la lucha contra la COVID-19**

El tema específico del dióxido de cloro ha seguido una suerte de continuidad en la apatía del Órgano Ejecutivo del nivel central del Estado para su tratamiento y estudio científico, pero en el caso en concreto, la situación sobre la posición de esta sustancia por parte de las autoridades de gobierno fue más allá al proscribir penalmente su uso y generar una especie de amedrentamiento legal, cuya herramienta básica fue el Artículo 216 del Código Penal, la

instrumentalización de una medida de última ratio para aplicarla contra quienes pretendan su uso o comercialización con fines curativos o paliativos de la COVID-19. La opción de la vía y salida fácil y poco acertada trajo consigo la generación de un mercado ilegal y clandestino de compra, venta y uso de dióxido de cloro, provocando no solamente persecución innecesaria por parte de agentes policiales contra quienes realicen alguna de estas actividades descritas con la referida sustancia, sino el detrimento en la ya tan afectada economía familiar porque los precios de venta de esta sustancia, al no ser un elemento regulado, se dispararon a niveles insospechados y, evidentemente, ante los resultados difundidos, ante todo a través de redes sociales, acrecentó la expectativa y demanda de la población generándose un escenario completamente caótico en la sociedad boliviana, que ávida de lograr una cura efectiva contra la COVID-19, prefirió obtener por cualquier modo el dióxido, aun poniendo en riesgo su libertad e integridad física ante la política de persecución penal motivada por el Órgano Ejecutivo y la omisión de las autoridades sanitarias de no considerar estudios serios para el uso en la lucha contra la COVID-19.

El Ministerio de Salud, a través de la AGEMED, con esta notoria dejadez en el cumplimiento de sus funciones al no realizar estudios científicos que respalden o descarten el uso de algunas plantas medicinales o el propio dióxido de cloro para frenar la COVID-19, puso en riesgo la vida y salud de la población y particularmente, de la gente aquejada por esta enfermedad. Pero el estado de incertidumbre y ambigüedad en el que sumergió esta omisión de funciones a la sociedad en su conjunto, se reflejó en los hospitales y nosocomios públicos y de la seguridad social que atendieron COVID-19 que, como común denominador, no utilizaron el dióxido de cloro. Existió excepciones en algunos de estos hospitales como en Oruro, en el Hospital Obrero N° 4 y el Hospital General Bloque Oruro Corea y en Sucre, en el Hospital Obrero "Jaime Mendoza", que ratifican en todo sentido, más allá del uso que pudo hacerse de esta sustancia y las responsabilidades que pudo conllevar, que está nuevamente demostrada la ausencia de Estado en esta precaria situación de vulnerabilidad que se agravó por la actitud de las autoridades estatales.

No esta demás hacer notar, en el marco de la objetividad, que contrariamente a la línea marcada por el Ministro de Gobierno, la propia Ministra de Salud de forma pública, respecto al dióxido de cloro, mediante comunicado oficial convocó públicamente a grupos que trabajan con medicaciones alternativas, incluida esta sustancia, que hagan llegar sus protocolos a esa cartera de Estado para mostrar la real efectividad científica, técnica y clínica de este producto. Empero, de forma radical y nada propositiva, en fecha 20 de julio de 2020, otro comunicado categórico el Ministerio de Salud advirtió que los promotores de esos irregulares procedimientos experimentales (no científicos) serán procesados con todo el rigor de la ley por atentar a la salud pública de la población, frente a la pandemia del COVID-19, reiterando, nuevamente, aunque de manera poco comprobable, que el Ministerio de Salud es el único que puede emitir protocolos de tratamiento en forma oficial, refrendados por el Comité Científico Nacional COVID-19; en ese sentido, instruyó a los SEDES a garantizar el cumplimiento de las normas nacionales contra quienes pongan en riesgo la salud de la población".<sup>459</sup>

459 [https://www.boliviasegura.gob.bo/comunicados\\_proc.php?Seleccion=305](https://www.boliviasegura.gob.bo/comunicados_proc.php?Seleccion=305)

Evidentemente, esta falta de estudios y por tanto de posición definitiva científica respecto a la medicina tradicional y al dióxido de cloro, tomando en cuenta la situación de alarma, pánico y emergencia sanitaria generalizada, considerando la poca respuesta efectiva de las acciones asumidas desde el Órgano Ejecutivo del nivel Central del Estado, obligaron tanto a la propia Asamblea Legislativa Plurinacional como a los sub niveles de Gobierno a considerar y, en su caso, promulgar leyes nacional y departamentales de uso de dióxido de cloro en la lucha contra la COVID- 19. Cabe mencionar que para el caso de la ley nacional sancionada por la ALP, ésta fue objeto de una pugna política entre los Órganos Ejecutivo y Legislativo que, finalmente, fue promulgada por la ex Presidenta de la Asamblea Legislativa Plurinacional; asimismo, está por demás referir que la interposición de recursos constitucionales en contra de esa norma, rechazados inlímite por incumplir requisitos básicos y esenciales numerados en la propia norma adjetiva constitucional, debiera decantar en la determinación de responsabilidades en contra de los servidores públicos que promovieron injustificadamente los mismos.

Como conclusión del presente análisis, la necesidad de contar con una institucionalidad seria para la aplicación práctica y científica de la Ley N° 459, de 19 de diciembre de 2013, y el Decreto Supremo N° 2436 de 1 de Julio de 2015, y por tanto la promoción de la medicina tradicional rescatando saberes y experiencias de nuestros antepasados y de los pueblos y naciones indígena originario campesinos cuyos habitantes en la mayor parte de los casos se trataron y curaron no solo de la COVID-19 sino de otras muchas otras enfermedades sin la intervención del Estado, se hace esta vez más latente que nunca y se vislumbra una clara oportunidad en este momento de inflexión política y social para las nuevas autoridades que asumieron las riendas del Órgano Ejecutivo del nivel Central del Estado.





## AUSENCIA DE UN PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE LA COVID-19

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. La salud mental, como otros aspectos de la salud, puede verse afectada por una serie de factores socioeconómicos que tienen que abordarse mediante estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación.

Las determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad.<sup>460</sup>

Los trastornos por depresión y por ansiedad son problemas habituales de salud mental que afectan a la capacidad de trabajo y la productividad. Más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, un trastorno que es la principal causa de discapacidad, y más de 260 millones tienen trastornos de ansiedad. Cada 10 de octubre se celebra el Día Mundial de la Salud Mental. La vivencia en el trabajo es uno de los factores que determinan nuestro bienestar general.<sup>461</sup>

Los trastornos de salud mental aumentan el riesgo de otras enfermedades y contribuyen a lesiones no intencionales e intencionales. La depresión continúa ocupando la principal posición entre los trastornos mentales, y es dos veces más frecuente en mujeres que hombres. Entre el 10 y 15% de las mujeres en países industrializados y entre 20 y 40% de las mujeres en países en desarrollo, sufren de depresión durante el embarazo o el puerperio. Los trastornos mentales y neurológicos en los adultos mayores, como la enfermedad de Alzheimer, otras demencias y la depresión, contribuyen significativamente a la carga de enfermedades no transmisibles. En las Américas, la prevalencia de demencia en los adultos mayores (más de 60 años) oscila entre 6,46 % y 8,48%. Las proyecciones indican que el número de personas con este trastorno se duplicará cada 20 años.<sup>462</sup>

En el marco de la pandemia, la OMS y las autoridades de salud pública de todo el mundo están actuando para contener el brote de COVID-19. Sin dejar de considerar que este momento de crisis está generando estrés en toda la población, es así que el Departamento de Salud Mental y Uso de Sustancias de la OMS ha elaborado una serie de mensajes que pueden usarse en las comunicaciones para apoyar el bienestar mental y psicosocial en diferentes grupos objetivo durante el brote.

<sup>460</sup> [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1)

<sup>461</sup> [https://www.who.int/mental\\_health/es/](https://www.who.int/mental_health/es/)

<sup>462</sup> <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>

En un contexto como el que estamos viviendo es menester que los Estados protejan y garanticen la salud mental de la población; sin embargo, se advierte de parte del Gobierno central una ausencia de políticas, planes o lineamientos sobre este tema, así como escasas y aisladas acciones relacionadas a atender especialmente a pacientes COVID 19 y al personal de salud de primera línea. Así lo demuestra el relevamiento de información en los establecimientos de salud COVID 19 a nivel nacional, en los que de los 23 hospitales públicos y de la seguridad social visitados, en sólo tres nosocomios (Hospital del Norte de Cochabamba, Centro Centinela COVID del Beni y Hospital Regional San Juan de Dios de Tarija) que representan el 13%, no brindaron el apoyo psicológico al personal médico ni a los pacientes; contrariamente, en otros tres (Centro COVID de Potosí, Hospital Cotahuma de La Paz y Hospital Obrero N° 2 de la CNS de Cochabamba) contrataron profesionales psicólogos, específicamente, para reforzar el apoyo a pacientes COVID 19 y al personal de salud; en algunos hospitales COVID-19 como el de Cotahuma de La Paz, es la Trabajadora Social la encargada de hacer la contención a los familiares y pacientes ante la ausencia de un psicólogo; en cambio, para el personal de salud, el municipio paceño contrató profesionales en esta área; otra situación especial es el caso de dos hospitales COVID-19 (Norte de la ciudad de El Alto y Hospital Obrero N° 5 de la CNS de Potosí) que no contaban con apoyo psicológico pero sí psiquiátrico, tanto para el personal de salud como para los pacientes.

Esta situación la describen testimonios del personal de salud. En El Alto, un galeno señaló *"(...) yo no recibí ningún tipo de ayuda psicológica, simplemente acudí a unos artículos para leer y de alguna manera orientarme en este caso para un poquito aliviar el estrés, ya que emocionalmente es muy fuerte"*; en Potosí: *"(...) la psicóloga ya se fue, ya no hay un departamento de psicología, personalmente yo no recibí ningún tipo de apoyo psicológico"*; en Cochabamba: *"(...) No recibí ningún tipo de ayuda psicológica, pero sé que se conformó un equipo técnico para la atención a pacientes y personal médico, ya que muchos de mis colegas sufrieron la pos pandemia con agotamiento mental y físico porque son los que están dando la cara en primera fila"*; en Santa Cruz: *"No hemos recibido ningún apoyo psicológico, que yo sepa, ningún médico y la comunidad cree que todo está correcto y los de salud pagamos el plato roto con riesgo de nuestras vidas, por la atención a los enfermos de COVID-19"*.

Respecto a los medios utilizados para brindar el apoyo psicológico, en algunos hospitales recurrían a medios virtuales vía zoom (Hospitales Obrero N° 5 de la CNS de Potosí y Cotahuma de La Paz), otros a través de llamadas telefónicas (Hospital Obrero N° 7 de Tarija), de manera presencial (Hospital Luis Urúa de la Oliva de la CNS en La Paz) y mediante el uso de la telemedicina (Hospital Obrero Jaime Mendoza de Chuquisaca).

En cuanto a contenidos, sólo el Hospital de la Caja Petrolera de Salud de La Paz reporta contar con un Plan de Salud Mental, "Reponer Fuerzas", nosocomio donde otorgaron un descanso epidemiológico para el personal de salud que estuvo desde un principio en primera línea y que trabajó de manera continua los meses de junio y julio; en el Hospital San Pedro Claver de Chuquisaca se conformó un servicio de apoyo por parte de un psiquiatra y dos psicólogos que daban contención emocional, el Director del nosocomio en la parte administrativa y el médico de planta para informar sobre la parte médica.



De acuerdo a la información recibida de los SEDES a nivel nacional, respecto a las acciones asumidas en cuanto a salud mental en el marco de la pandemia, así como a la cantidad de atenciones y apoyo psicológico a la población, se tiene que de los nueve SEDES, sólo seis cuentan con algún instrumento (plan, programa, estrategia u otro) mediante el cual priorizaron el tema de la salud mental. El SEDES La Paz informó que realizan alianzas estratégicas interinstitucionales para la promoción y prevención de la salud mental de la población enmarcadas en el Plan Departamental contra la COVID 19, a través del servicio de llamadas "Familia Segura" de UNICEF y la Unidad de Salud Mental del Hospital de Clínicas, logrando la atención de más de 16.500 casos; el SEDES Chuquisaca cuenta con un Plan de Salud Mental, donde, de mayo a agosto, realizó la contención emocional a un total de 350 personas; en Santa Cruz, realizaron atenciones como estrategia para la atención a la población durante la pandemia, desde marzo, contando con horarios de atención "24/7" con la participación hasta 43 profesionales; el SEDES Pando refirió que contaron con un Plan de Contingencia Departamental, en que el área de psicología trabajó en la contención emocional a personas sospechosas y positivas, de abril a junio, mediante el call center, atendiendo a 194 personas; el SEDES Oruro realizó talleres presenciales y la atención personalizada a pacientes, y en el SEDES Tarija tomaron contacto con casos positivos y familiares de fallecidos COVID 19 para apoyarlos psicológicamente. Los SEDES Potosí, Cochabamba y Beni no respondieron a la solicitud de información.

De lo expuesto, se evidencia la ausencia de un Plan Nacional sobre Salud Mental que procure línea a los SEDES departamentales y que contenga una estrategia definida: las acciones asumidas por éstos se enmarcaron en sus Planes de Contingencia Departamentales, las medidas asumidas han sido en respuesta a la emergencia sanitaria y ante la necesidad de atender a pacientes, familiares COVID 19 y personal de salud. Esta situación refleja la omisión de parte del Gobierno central, dejando esta responsabilidad a los SEDES que sin contar con un lineamiento nacional sobrellevaron la situación.

La CIDH y su Relatoría Especial sobre los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (REDESCA) se pronunciaron haciendo un llamado especial a los Estados para que garanticen la atención y el tratamiento de la salud mental al momento de adoptar políticas de salud y otros ámbitos para hacer frente a la pandemia, y avanzar decididamente en garantizar su acceso universal. Lo anterior, en tanto la salud es un derecho humano fundamental e indispensable reconocido en el marco jurídico interamericano, entendido como un estado completo de bienestar físico, mental y social, derivado de un estilo de vida que permita alcanzar a las personas un balance integral. Asimismo, la garantía del acceso universal a la salud mental es un determinante para que las sociedades puedan funcionar adecuadamente y las personas puedan desarrollarse plenamente en sus proyectos de vida, siendo que el bienestar psicológico y emocional facilita que las personas utilicen sus habilidades y contribuyan efectivamente con su bienestar personal, sus entornos y comunidades. En ese marco, la CIDH, mediante sus Resoluciones [1/20](#) y [4/20](#), instó a que los Estados tomen las medidas específicas y urgentes para garantizar efectivamente el derecho a la salud -incluyendo la salud mental-, al tener en cuenta que los contextos de pandemia y sus medidas de contención generan serios impactos sobre la misma. De esta manera se integra el derecho a la salud mental expresamente y se busca que los Estados no ignoren

sus obligaciones dirigidas a cumplir sin discriminación la provisión de servicios y bienes de salud mental desde los elementos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.<sup>463</sup> Situación que no ha sido atendida por el Estado Boliviano, puesto que desde el nivel central no se cuenta con una política sobre salud mental que se constituya en directrices para las departamentales.

A la falta de una política, se suma las escasas acciones de difusión y socialización del alcance de la enfermedad, así como la falta de concientización de parte de la población ante la labor del personal de salud, produciéndose ataques físicos e incluso amenazas de muerte y denegación del uso del transporte público, estigmatizando a los médicos, debido al desconocimiento de la magnitud de la pandemia; ante este escenario, el apoyo psicológico al personal de salud era y es fundamental, la presión del trabajo y el temor al contagio aumentan el estrés y necesidad de ayuda para continuar su labor.

La CIDH ha trabajado mensajes dirigidos a diferentes grupos clave para apoyar el bienestar psicosocial y la salud mental durante el brote de la COVID 19, que demuestran empatía hacia todas las personas afectadas por el virus, recordando que éstas no han hecho nada malo, no tienen culpa y merecen nuestro apoyo, compasión y amabilidad. Cada persona puede contribuir a reducir los riesgos a nivel individual, familiar, comunitario y social. No se refiera a las personas que tienen la enfermedad como “casos de COVID-19”, las “víctimas”, las “familias de COVID-19” o los “enfermos”. Se trata de “personas que tienen COVID-19”, “personas que están en tratamiento para COVID-19”, “personas que se están recuperando de COVID-19” y que, una vez superada la enfermedad, seguirán adelante con su vida, su trabajo, su familia y sus seres queridos. Sin embargo, ha faltado la difusión y socialización de estos mensajes dirigidos a la población, no sólo para resguardar la integridad física y psicológica del personal de salud sino para la población en general.

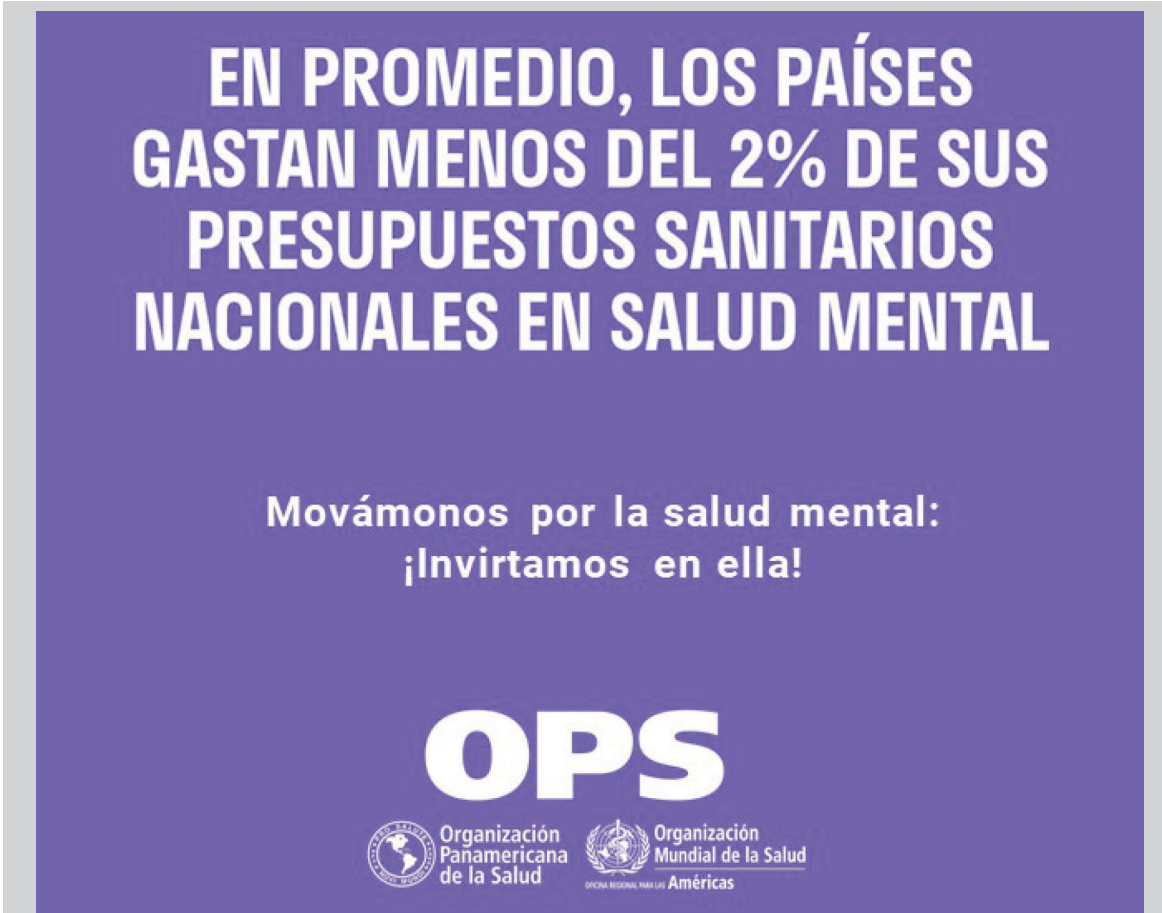
Como se ha podido evidenciar de la revisión de medios de prensa, a iniciativa de los gobiernos autónomos departamentales, como es el caso de Santa Cruz se habilitó una línea de llamadas gratuitas, las 24 horas, a personas que sufran depresión o alguna alteración psicológica debido al confinamiento, este servicio fue atendido por profesionales del SEDES; la UTEPSA (Universidad Tecnológica Privada de Santa Cruz) también decidió brindar apoyo psicológico solidario.<sup>464</sup> Por otro lado, por iniciativa de UNICEF, junto al Viceministerio de Autonomías del Ministerio de la Presidencia, el Viceministerio de Seguridad Ciudadana, la Fuerza Especial de Lucha contra la Violencia (FELCV), la carrera de Psicología de la Universidad Católica Boliviana, el Colegio de Psicólogos de La Paz, la Unidad de Salud Mental del Hospital de Clínicas y el Área de Salud Mental del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz, se registraron hasta el 8 de mayo, 2.375 llamadas, contribuyendo a prevenir la violencia y brindando apoyo psico-emocional a la población boliviana afectada por la pandemia; advirtiéndose que las medidas de atención a la salud mental surgen de iniciativas de instancias subnacionales y de organismos internacionales, pero no como una responsabilidad del Gobierno central.

<sup>463</sup> <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/243.asp>

<sup>464</sup> [https://eldeber.com.bo/el-deber/habilitan-linea-gratuita-para-brindar-apoyo-emocional\\_171380](https://eldeber.com.bo/el-deber/habilitan-linea-gratuita-para-brindar-apoyo-emocional_171380)

Ya en mayo de la presente gestión, la OMS advirtió las consecuencias para la salud mental producto del coronavirus en el mundo y las que va a tener en el futuro, con un posible aumento de suicidios y de trastornos, e instó a los gobiernos a no dejar de lado la atención psicológica. *“La situación actual, con aislamiento, miedo, incertidumbre y crisis económica, puede causar trastornos psicológicos”*, advirtió en una rueda de prensa digital la Directora del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS,<sup>465</sup> pese a esta advertencia no se adoptaron las medidas pertinentes.

La importancia de la temática, especialmente, en época de pandemia no ha sido asumida por el Estado Boliviano en el marco de una política, como el caso de Perú que aprobó un Plan de Salud Mental en el contexto de COVID-19, que tiene como objetivo reducir el impacto de la pandemia en la salud mental de la población, fortaleciendo sus recursos individuales y comunitarios de afrontamiento y atendiendo a las personas con problemas mentales en el contexto de la crisis económica y social derivada de ella;<sup>466</sup> además, elaboró una guía técnica para el cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad; en resumen, el Gobierno boliviano no se ha preocupado en contar con un plan, ni se elaboraron documentos técnicos, guías y recomendaciones tal como lo sugirió la OMS/OPS.



**EN PROMEDIO, LOS PAÍSES  
GASTAN MENOS DEL 2% DE SUS  
PRESUPUESTOS SANITARIOS  
NACIONALES EN SALUD MENTAL**

**Movámonos por la salud mental:  
¡Invertamos en ella!**

**OPS**

Organización Panamericana de la Salud      Organización Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

<sup>465</sup> <https://www.dw.com/es/oms-advierte-que-pandemia-afectar%C3%A1-salud-mental-futura/a-53430908>

<sup>466</sup> <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/656521-plan-de-salud-mental-en-el-contexto-de-COVID-19>

## **ACCIONES INOPORTUNAS E INEFICACES DEFINIERON A LOS RASTRILLAJES A NIVEL NACIONAL**

La Ley N° 1293 y su reglamentación a través del Decreto Supremo N° 4205, establece al Ministerio de Salud como órgano rector y normativo, debiendo esta cartera de estado elaborar guías, protocolos, directrices, instructivos para la atención a la pandemia por COVID-19, además los SEDES deberán coordinar con los gobiernos autónomos municipales e indígena originario campesinos la implementación de esos documentos y lineamientos técnicos. Los comités de operaciones de emergencia departamental (COED) son instancias departamentales de atención de riesgos definidos estructural y competencialmente por la Ley N° 602 de Gestión de Riesgos y su reglamentación a través del Decreto Supremo N° 2342, éstos coordinan de forma directa con el Gobierno central las acciones a seguir en los casos previstos por la referida Ley. En este marco, estos comités, en algunos casos, decidieron la realización de rastrillajes a nivel regional con el objetivo de detectar casos de coronavirus COVID-19.

La Ley N° 1309 de 30 de junio de 2020, que coadyuva a regular la emergencia por el COVID-19, establece en su Artículo 5 la coordinación entre el Ministerio de Salud, las ETAs, entes gestores de seguridad social de corto plazo para organizar brigadas móviles de detección temprana o realización de pruebas de COVID-19 e identificar personas portadoras y seguir con los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud.

Este es el marco normativo que contemplaría el nacimiento de los rastrillajes, empero la única mención directa está en la Ley N° 1309 de 30 de junio de 2020; si partimos de ese punto, esta ley en el marco temporal, se encuentra extemporánea toda vez que la naturaleza de esta acción debiera ser preventiva y a finales del mes de junio, el país se encontraba en pleno pico de la pandemia, sin embargo es la única normativa por la cual nacen los rastrillajes como acciones de detección temprana, mediante la realización de pruebas de COVID-19, para identificar personas sospechosas y positivas y aislarlas conforme los protocolos de atención, con el objetivo de evitar mayor propagación de COVID-19 a nivel regional; empero, se tomó conocimiento que en algunos departamentos y municipios estas actividades sirvieron, también, para la entrega de medicamentos de forma gratuita, transferencia de personas más graves a centros de aislamiento u hospitales de ser necesario, inclusive, se registraron casos de dotación de alimentos. Estas acciones variaron en cada departamento. Estas brigadas encargadas de realizar los rastrillajes fueron conformadas por personal de salud dependiente de los SEDES, de los GAM, Fuerzas Armadas, Policía Boliviana, Bomberos y voluntarios, sin embargo, esta conformación dependió de cada región, cada uno de distinta forma.

Por lo tanto, esta noble acción de rastrillaje, en términos sencillos, consiste en acercarse a la población para la toma de muestras y pruebas y evaluar en virtud a sus resultados, el confinamiento obligatorio u otro tipo de acciones. Para llevar adelante esta actividad, todo el personal que conformó estas brigadas debió contar con EPP de bioseguridad, porque su actividad, de cierta manera, se asemeja a las actividades del personal médico por su contacto directo con personas, probablemente, con COVID-19 y el riesgo de contagio sea bastante elevado.

Para contar con información fidedigna de estas actividades, se debe conocer la fecha de inicio de rastrillajes para comprender si estos fueron oportunos o no. Se conoció a través de entrevistas a los Directores Técnicos de los SEDES a nivel nacional, que los rastrillajes se iniciaron en el mes de mayo (Santa Cruz), posteriormente se registraron tres en el mes de junio (Oruro, Tarija y Pando) y otros cuatro en julio (Cochabamba, Potosí, Chuquisaca y La Paz). Lo ideal, en cuanto a la temporalidad, hubiese sido durante el periodo de cuarentena rígida, toda vez que, por normativa nacional, a mediados del mes de marzo se dispuso esta medida de prevención que hubiese venido de la mano con rastrillajes a nivel nacional, sin embargo al no tener un marco normativo, las ETAs actuaron de manera independiente y se registraron estas actividades en el marco temporal citado, siendo que su mayoría empezó recién en julio.

Para corroborar esta situación, se emitió requerimiento informativo a los SEDES respecto a la fecha de inicio del rastrillaje. De acuerdo a las respuestas, en tres departamentos iniciaron en junio (Tarija, Beni y Pando), otros tres en julio (La Paz, Oruro y Cochabamba), Potosí, Chuquisaca y Santa Cruz no respondieron a la pregunta. Toda esta información coincide con lo informado a través de las entrevistas realizadas, con la excepción del departamento de Oruro, que habría realizado el rastrillaje en junio conforme lo informado por la autoridad del SEDES y no en julio como lo señalado en la respuesta al requerimiento de informe. De igual forma, se debe conocer las acciones realizadas por los municipios en cuanto al inicio de estas actividades, al respecto, Trinidad y Cobija indicaron que se inició en el mes de junio; Sucre en julio, Cercado de Tarija y El Alto no respondieron, este último municipio habría realizado cordones sanitarios.

Según datos oficiales, obtenidos en entrevistas realizadas a los directores técnicos de los SEDES, requerimientos informativos y publicaciones de prensa, se tiene la siguiente cantidad de rastrillajes realizados:

DEPARTAMENTO	CANTIDAD DE PERSONAS ALCANZADAS	TOMAS DE PRUEBAS REALIZADAS	PRUEBAS QUE DIERON POSITIVO A COVID -19	CANTIDAD DE KITS DE MEDICAMENTOS
Santa Cruz	507.722*	-	-	-
Cochabamba	418.035	156.236	136.478	-
La Paz	125.147*	28.802	-	-
Beni	111.997*	-	-	-
Potosi	16.416*	-	-	-
Oruro	34.127	4.717	1.063	613
Pando	17.623 (Municipio de Pando)	1.237	-	960

<b>Tarija</b>	11.876 (Municipio de Cercado de Tarija)	83.745	5.367	446 (apoyo socioeconómico)
<b>Chuquisaca</b>	10.044 (Municipio de Sucre)	3.000	-	8.000
Cuadro elaborado por la Defensoría del Pueblo (*con información difundida por prensa)				

Pese a contar con tres fuentes de información, llama la atención que no se tiene certeza del alcance que tuvo este tipo de actividades “preventivas”, (tomando en cuenta que en algunos casos se tuvo que tomar información de municipios). La naturaleza de esta actividad es la detección temprana de COVID-19, para tal efecto y siguiendo las recomendaciones de la OMS, la forma más eficaz es la toma de pruebas y una vez detectado un paciente positivo, aislarlo preventivamente. En el caso de Tarija, informaron que alcanzaron a 11.876 personas y reportaron 83.745 pruebas, situación que sirve de ejemplo para considerar que no se tuvo un manejo adecuado de la información obtenida en estas actividades denominadas rastrillajes; asimismo, llama la atención la respuesta que se obtuvo en la entrevista a la autoridad sanitaria de Cochabamba, quien indicó, explícitamente, que los datos son manejados por *“el coronel de Ejército de apellido Tamayo, quién está a cargo de los rastrillajes, por lo que no puede brindar ese dato”*; se evidencia, al menos en este departamento, que no se tomó ni la más mínima previsión de manejo de datos y lineamientos desde el ente rector de salud a nivel departamental, empero cabe notar que en el municipio capital de dicho departamento, se registró la información de manera adecuada, lo que denota una falta de coordinación entre niveles. En La Paz, Santa Cruz y Pando refirieron que los datos los tienen los GAMs de la capital de cada región; la información obtenida de los GAMs de Pando, Cercado de Tarija y Sucre, no son muy representativos.

Admitir que un personal militar es el encargado de los rastrillajes y desconocer su nombre completo, denota una total improvisación respecto a este tema, otro ejemplo negativo es el de Pando, donde las autoridades admitieron que en su rastrillaje no realizaron pruebas de COVID-19, habiendo atendido a pacientes para valorarlos según su sintomatología. Se conoce que el 80% de la población con COVID-19 es asintomática y estas personas pueden contagiar, por lo que se evidencia, que al menos en su gran mayoría, esta actividad fue ineficaz.

Otro aspecto negativo, es que no se cuenta con datos sobre la entrega de kits de medicamentos para el tratamiento de las personas visitadas, solamente en tres departamentos habrían realizado entrega de los mismos; en cuanto a la norma que autoriza la entrega de medicamentos, en tres departamentos señalaron la existencia de un instructivo emitido por el Ministerio de Salud; en los demás indicaron que era el protocolo general de medicamentos emitido por esa cartera de Estado, con excepción de Santa Cruz, que desconocía esta normativa, situación que evidencia una total desinformación respecto a lineamientos nacionales para la entrega de medicamentos de atención de pacientes COVID-19.



Según información difundida en medios de comunicación, el infectólogo Juan Saavedra, quien habría sido parte del comité científico de asesoramiento a la ex Presidenta Áñez, pidió mayor inversión en las pruebas PCR para detectar la COVID-19, con el fin de evitar contagios masivos, además señaló que las pruebas rápidas no sirven debido al grado bajo de sensibilidad y confiabilidad de 64%, es decir que de cada 10 detectados, solamente seis serían diagnosticados correctamente y los otros 4 contarían con un diagnóstico equivocado.

Para evidenciar el impacto real que tuvieron los rastrillajes a nivel nacional, con los datos obtenidos, se debe considerar la cantidad de personas alcanzadas a nivel departamental, la densidad poblacional (conforme los datos del Censo 2012), dando un porcentaje del total, que se detalla en el siguiente cuadro:

DEPARTAMENTO	CANTIDAD DE PERSONAS ALCANZADAS	DENSIDAD POBLACIONAL (Censo 2012)	PORCENTAJE ALCANZADO
Beni	111.997*	422.008	27%
Cochabamba	418.035	1.762.761	24%
Santa Cruz	507.722*	2.657.762	19%
Pando	17.623	110.436	16%
Oruro	34.127	494.587	7%
La Paz	125.147*	2.719.344	5%
Potosí	16.416*	828.093	2%
Chuquisaca	10.044	581.347	2%
Tarija	11.876	483.518	2%

Cuadro elaborado por la Defensoría del Pueblo (con información de entrevistas a directores de SEDES, requerimientos de información e información difundida en \*prensa)

Los departamentos de Beni y Cochabamba serían los únicos que pasan del 20% de su población alcanzada; Santa Cruz, pese a tener la mayor población a nivel nacional, habría llegado a un 19%; Pando a 16%. Todos los demás no superaron ni el 10% de la densidad poblacional, aspectos que denotan un alcance ineficaz, que en términos objetivos se determina que no coadyuvaron en las medidas de prevención de la COVID-19, además que solo se estaría considerando la cantidad de personas alcanzadas. Con el dato de las pruebas realizadas, el porcentaje sería mucho más bajo, por lo que se deberá reforzar este tipo de actividades si es que se quiere combatir a la COVID-19.

De esta forma se ha desarrollado los rastrillajes a nivel nacional en todos los departamentos, con mayor énfasis en áreas urbanas que rurales y con un alcance poco representativo en relación a la cantidad de población de cada departamento. La primera consideración general



es que esta actividad de naturaleza preventiva, fue improvisada en cada región, en algunos no pudieron coordinar entre GAM y GAD, además que las acciones fueron diversas como visitas domiciliarias para diagnosticar, entrega de alimentos o kits de medicamentos, siendo la mejor forma de prevención la toma de pruebas. Se conoció que las ETAs que tomaron pruebas, en su gran mayoría, fueron las pruebas rápidas y solamente tomaron las PCR, en tiempo real, cuando encontraban "casos graves" para realizar remisión a centros de aislamientos o de salud, no se consideró las advertencias de expertos de la poca sensibilidad y efectividad de las pruebas rápidas, por lo que los datos arrojados, además de ser insignificantes ante la densidad poblacional de cada región, no daban resultados significativamente reales. En consecuencia, el principal problema que atravesaron los rastrillajes a nivel nacional, es la falta de oportunidad entendida en tiempos, (el inicio de cuarentena rígida nacional fue en marzo, extremo a considerarse cuando se reporta inicio tardío de estas actividades) y el alcance, aspecto que denota un retraso injustificado, un alcance mínimo y, lamentablemente, acciones que son discontinuas cuando debieran ser permanentes y planificadas para lograr un alcance mayor.

Por lo expuesto, ante un rebrote de COVID-19, las actividades de rastrillaje deberían ser programadas oportunamente y de manera sostenible, considerando su carácter preventivo, aspecto que evitaría mayor propagación de la pandemia a nivel nacional. Además, se debe tomar en cuenta que el mejor mecanismo de detección y prevención es la toma masiva de pruebas, por lo que esta actividad debe tener un alcance poblacional mayor a fin de obtener resultados eficaces en la lucha contra la pandemia.



## **ACTUACIÓN IMPROVISADA EN EL MANEJO Y DISPOSICIÓN DE CADÁVERES DE CASOS DE COVID-19 VULNERÓ EL DERECHO A LA DIGNIDAD HUMANA**

La CIDH, a través de la Resolución N° 4/2020 "Derechos Humanos de las Personas con COVID-19", en su acápite de directrices sobre el duelo y los derechos de familiares de las víctimas fallecidas por COVID-19, estableció que estas personas tienen derecho a que se respete su integridad personal y salud mental, siendo de especial importancia que puedan recibir información por parte de los prestadores de salud sobre la situación de sus seres queridos.

De igual forma, para que las personas familiares puedan conocer de manera cierta acerca del destino y paradero de sus seres queridos, cuando fallecen como resultado del COVID-19, es necesaria la adopción de procedimientos que permitan su identificación. Asimismo, se recomienda a los Estados que se abstengan de realizar la inhumación en fosas comunes generales y también que prohíba la incineración de los restos de las personas fallecidas por COVID-19 que no hayan sido identificados, o bien, destinar el uso de fosas específicas para casos sospechosos o confirmados de COVID-19, que posteriormente faciliten su identificación y localización.

Las personas familiares de las víctimas fallecidas durante la pandemia de la COVID-19 deben poder tener un duelo y realizar sus ritos mortuorios, conforme a sus propias tradiciones y cosmovisión, lo cual solo podría ser restringido atendiendo a las circunstancias específicas y recomendaciones de las autoridades de salud con base en la evidencia científica disponible, y a través de las medidas que resulten idóneas para proteger la vida, salud o integridad y sean las menos lesivas. Asimismo, se debe evitar incurrir en demoras injustificadas o irrazonables en la entrega de los restos mortales.

La propia CIDH, a través de la SACROI (Sala de Coordinación y Respuesta Oportuna e Integrada), elaboró el documento "¿Cuáles son los estándares para garantizar el respeto del duelo, los ritos funerarios y homenajes a las personas fallecidas durante la pandemia de COVID-19?", de 15 de octubre de 2020, que considera la emergencia sanitaria global "sin precedentes", ocasionadas por esta pandemia que tuvo un impacto de relevancia en la región de las Américas, además las dificultades que se atraviesa por la muerte de algún familiar o persona cercana durante la pandemia, considerando el riesgo de contagio y medidas de contención adoptadas, esta situación podría limitar compartir estos últimos días de vida con sus seres queridos, adicionalmente que cada persona, comunidad y cultura tienen sus propios rituales que de cierta manera alivian el dolor que causa la muerte de un ser querido, el proceso de conexión social se ve limitado por lo tanto se podría vulnerar derechos tutelados en el marco jurídico interamericano. El documento emite recomendaciones y consideraciones en materia de políticas públicas para orientar su formulación y adecuación, así como prácticas y decisiones que adopta el Estado en la disposición de los cuerpos y el respeto por el duelo de familiares de personas fallecidas durante la pandemia.

Además, considera que debido a la gran cantidad de personas fallecidas producto del COVID-19, se presentaron situaciones en el que podrían traducirse en afectaciones a derechos

humanos: 1) local de fallecimientos, 2) problemas administrativos, 3) condiciones de trabajo que afecten la salud y derechos laborales de personas trabajadoras de servicios funerarios y de morgues. Adicionalmente, establece directrices para ritos funerarios y homenajes.

Entre los derechos que podrían verse limitados se encuentran: 1) Derechos a la integridad personal y a la salud, 2) Derecho de libertad religiosa y de culto y derecho a participar en la vida cultural 3) Derecho a la vida privada y familiar y 4) Derecho a la verdad. Menciona también, las prácticas actuales de los Estados a nivel global, entre los que se encuentran el registro, inhumaciones e identificación de restos humanos, ritos funerarios, homenajes y acompañamiento al duelo; finalmente establece recomendaciones para los Estados.

Mediante la Resolución Ministerial N° 0175 del 30 de marzo de 2020, elaborada por el Ministerio de Salud, se aprobó la Guía de Procedimientos para el Manejo y Disposición de Cadáveres de Casos de COVID-19, que establece pautas y conductas para el manejo y disposición de cadáveres, contribuir a prevenir y controlar los diferentes factores de riesgo de contaminación y diseminación, guiar y orientar a las Instituciones prestadoras de servicio de salud, autoridades competentes del orden nacional, autoridades judiciales, personal de la Policía Boliviana (investigadores y peritos del Instituto de Investigaciones Técnico Científicas de la UNIPOL-IITCUP), personal del Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF), servicios funerarios y cementerios-crematorios y con el fin de disminuir el riesgo de transmisión.

Esta Resolución Ministerial también establece la categorización internacional de infecciones tanato-transmisibles, basado en el modo de transmisión y el riesgo de infección. Correspondería la clasificación de un cadáver COVID-19 por SARS-CoV-2 como un cadáver en la clasificación Categoría 2 (amarilla), debiendo tomar precauciones estándares y adicionales de seguridad, por lo que el manejo de los cuerpos fallecidos debe considerar ciertos cuidados especiales, para aquellas personas que se encuentren a cargo de esta labor.

El alcance y aplicación de este documento recae en la emisión de recomendaciones, normas de bioseguridad, aspectos de medidas preventivas y control frente al manejo de cadáveres asociados a infección por COVID-19 para los prestadores de servicios de salud, personal investigativo, peritos de la Policía Boliviana, IDIF, sector funerario y cementerios. Además, la aplicación de estas directrices nacionales y recomendaciones se realizará en todo el ámbito nacional, en todos los establecimientos de salud pertenecientes al Sistema Nacional de Salud y las diferentes ETAs.

Por otro lado, también señala los EPP de bioseguridad e insumos de protección para realizar esta actividad y las medidas generales para el manejo de cadáveres con causa probable o confirmada por el virus COVID-19, además de recomendaciones generales, entre otras disposiciones para el manejo del cadáver, como las autopsias, transporte y disposición final, responsabilidades en cada una de estas tareas, como por ejemplo el transporte a cargo del municipio, coordinando con la Policía y/o Fuerzas Armadas, los procedimientos en muertes intrahospitalaria y extrahospitalaria.

Una de las recomendaciones principales es aquella que dispone que los cuerpos de difuntos por COVID-19, deberían optar inicialmente por cremación, sin embargo, cuando no se tenga hornos crematorios o por decisión de familiares, podrían ser inhumados en un nicho o enterrados.

Otro aspecto fundamental de este documento técnico, recae en la situación hipotética de que si familiares no reclaman el cuerpo fallecido, se esperará hasta 12 horas en muertes intrahospitalaria y 24 en casos extrahospitalarios, para ser trasladado a cementerios, bajo responsabilidad del municipio (recojo, traslado para la inhumación en un nicho, o entierro en una fosa individual o común), dependiendo la disponibilidad de éstos. La capacitación en cuanto al manejo, traslado y disposición final del cadáver por las empresas funerarias y entidades involucradas, estará a cargo del SEDES de cada departamento. En cuanto a las disposiciones emitidas por el Gobierno central, se puede mencionar la Ley N° 1309 de 30 de junio de 2020, que en su Artículo 4 establece la disposición de personas fallecidas por causa de COVID-19, en el que determina que los GAM y Gobiernos Autónomos Indígena Originario Campesinos (GAIOC) adecuarán la normativa para la disposición de personas fallecidas por esta causa en cementerios públicos y/o privados, de acuerdo al protocolo emitido por el Ministerio de Salud, y determina que el SEDES informará a los GAM y GAIOC sobre el fallecimiento por COVID-19; de igual manera, el Decreto Supremo N° 4228 de 28 de abril de 2020 tiene por objeto establecer medidas y procedimientos excepcionales, durante la vigencia de la emergencia sanitaria nacional, para la inhumación y/o cremación de fallecidos bolivianos y extranjeros por coronavirus (COVID-19) en territorio nacional, a fin de mitigar su propagación.

Al respecto, se realizaron entrevistas a los directores técnicos de los SEDES a nivel nacional, sobre la capacitación para el manejo de cadáveres, indicaron que se capacitó en La Paz, Potosí, Oruro, Cochabamba, Chuquisaca, Santa Cruz y Pando. En el caso de Tarija, la autoridad simplemente refirió que esa información debería brindarla el Hospital Regional San Juan de Dios.

Los departamentos que contaban con instancias de capacitación específica son Potosí a través de la Unidad de Salud Ambiental; en Oruro cuentan con un área que capacitó y socializó la guía de manejo y disposición de cadáveres por COVID-19; y en Cochabamba a través de la Unidad de Saneamiento Ambiental del SEDES y del IDIF. En La Paz, Chuquisaca, Santa Cruz y Pando solo informaron que realizaron esa actividad.

El lineamiento departamental fue diferenciado entre cada uno de los departamentos, sin embargo, de las ocho autoridades entrevistadas, siete señalaron que sí habrían cumplido la capacitación dispuesta en la Guía de Manejo y Disposición de Cadáveres por COVID-19 emitida por el Ministerio de Salud. En el caso de Tarija, la autoridad entrevistada informó que correspondería a un establecimiento de salud, al parecer desconociendo las atribuciones y obligaciones de la entidad bajo su cargo.

La Defensoría del Pueblo solicitó información a los SEDES a nivel nacional para conocer, por escrito, las acciones de capacitación sobre el manejo, traslado y disposición final de

cadáveres por las empresas funerarias y entidades involucradas. Al respecto, se conoció que en el departamento de La Paz se realizó dicha capacitación a través del Comando de Incidentes COVID-19 con la participación de la Asociación de Funerarias de La Paz y El Alto, esta actividad se habría realizado desde el 11 de agosto hasta el 1 de septiembre, alcanzando el total de 44 funerarias.

En Oruro refirieron que se realizó la capacitación a los jefes municipales; en Potosí se realizó mediante WhatsApp el 30 de abril, previamente realizaron capacitación in situ a personal del cementerio, además de reuniones informativas con funerarias (11 de abril) y talleres de capacitación con personal del área urbana entre otras actividades. Cochabamba no respondió.

En Chuquisaca, realizaron capacitaciones presenciales y virtuales, llegando a 17 empresas funerarias, personal médico, IDIF y GAM de Sucre; en Tarija capacitaron a 22 personas el 27 de abril; en Santa Cruz coordinaron con el IDIF, Policía, GAM (Dirección Municipal de Cementerio) y la Asociación de Funerarias del municipio y Apoyo Civil, iniciando capacitación en abril hasta julio, con asistencia de la Asociación de Funerarias Unidas de Santa Cruz y entidades involucradas.

En Beni, coordinaron con el GAM de Trinidad, establecimientos de salud, entidades de la seguridad social a corto plazo y las dos funerarias, estableciendo las directrices para el manejo, embolsado y disposición de cadáveres COVID-19, el 13 de abril de 2020 se envió vía digital la "Guía de Procedimientos para el Manejo y Disposición de Cadáveres de casos de COVID 19" a los diferentes municipios del departamento.

En Pando, a través de la unidad de Salud Ambiental y Desastres del SEDES, con el Comité de Emergencias de Pando se socializó la Guía y se les entregó a los siete directores de establecimientos de salud de Cobija y 14 municipios restantes del departamento.

De acuerdo a la información brindada, en ámbitos de temporalidad, los departamentos de Potosí, Beni, Tarija y Santa Cruz habrían realizado esta actividad durante el mes de abril, en cambio, La Paz desarrolló esta actividad en agosto por lo que se evidencia un retraso de hasta cinco meses, por lo tanto la capacitación en este departamento no fue oportuna. Los restantes departamentos no proporcionaron este tipo de informaron.

La declaración de cuarentena rígida nacional como acción preventiva de contagio de COVID-19, pudo haber retrasado este tipo de capacitación, considerando las limitaciones a la locomoción y transporte, empero, en pleno siglo XXI, el uso de las TIC's debe ser prioridad y consideradas como herramientas de trabajo; claro ejemplo son los departamentos de Potosí, Chuquisaca y Beni que utilizaron la tecnología como un insumo para el cumplimiento de sus deberes.

En cuanto a la capacidad de alcance en la capacitación o socialización, en La Paz se llegó a 44 funerarias; en Oruro a jefes municipales; en Potosí a personal de cementerio, funerarias y personal del área urbana; en Chuquisaca a 17 funerarias, personal médico, IDIF y GAM de Sucre; en Tarija a 22 personas; en Beni al GAM de Trinidad, establecimientos de salud



públicos de seguridad social a corto plazo y dos funerarias, y enviaron la Guía vida digital al área rural; en Pando se socializó con el Comité de Emergencias Departamental. Se evidencia que el alcance de las capacitaciones fue bastante limitado y no llegó a cumplir con la totalidad de lo establecido en la Guía de Procedimientos para el Manejo y Disposición de Cadáveres de Casos COVID-19, en cuanto a su capacitación, toda vez que esta debió tomar en cuenta a las empresas funerarias y entidades involucradas (municipio, Policía y Fuerzas Armadas). Santa Cruz es el único departamento que habría alcanzado a todas las entidades involucradas, con excepción de las Fuerzas Armadas.

La Defensoría del Pueblo también solicitó información a gobiernos autónomos municipales de las capitales de departamento y El Alto, sobre el manejo, traslado y disposición final del cadáver respecto a solicitudes de familiares de escasos recursos que hayan solicitado servicios funerarios y de cementerio, al respecto

En el municipio de El Alto no solicitaron estos servicios; en Cercado de Tarija habrían registrado 116 solicitudes; en cambio, en el municipio de Cobija hubieron 184 entierros y todos fueron gratuitos, situación que se rescata como ejemplo positivo. Considerando las condiciones económicas y las restricciones en merito a cuarentena rígida, era fundamental que el Estado, en cualquiera de sus niveles, tenga esta consideración, por lo tanto es fundamental este tipo de apoyo económico; también llama la atención que no exista ninguna solicitud en El Alto, probablemente, por desconocimiento de la población y la falta de socialización del documento técnico elaborado por el Ministerio de Salud.

Por otro lado, de los reportes de medios de prensa, se conoció que, inicialmente, al contar con los primeros decesos a nivel nacional (29 de marzo), las funerarias tenían que utilizar protocolos de otros países para el manejo de muertos por COVID-19 ante la falta de emisión de una guía a nivel nacional; lo cual denota que el Estado Boliviano no previó la emisión oportuna de un documento técnico de vital importancia.

La situación caótica durante el mes de abril, demostró que las acciones resolutivas del Gobierno central, ETAs y empresas funerarias como las encargadas de mantener el orden a nivel interno fueron rebasadas; se conocieron diversos casos en los que familiares de fallecidos peregrinaron con ataúdes de sus seres queridos por vía pública, en búsqueda de un entierro o cremación que permita garantizar la dignidad humana; de igual forma se reportó que las primeras capacitaciones de la Guía emitida por el Ministerio de Salud, se realizó en abril, además existieron reclamos, entre ellos, del Presidente de la Asociación de Funerarias que señalaba que las autoridades no les habrían dotado de elementos de bioseguridad y que no llegaron a un común acuerdo para realizar cremaciones con descuentos ante el incremento de fallecidos debido al COVID-19.

En el departamento de Beni, que fue uno de los primeros en contar con un brote masivo de COVID-19, colapsaron los cementerios municipales, situación por la cual familiares desesperados tuvieron que crear fosas a tan solo ocho kilómetros de la ciudad de Trinidad, estos "cementerios" improvisados se encontraban en plena vegetación tropical y se colocaban cruces de madera en honor a sus seres queridos; también se registró colapso

en la mayoría de los cementerios a nivel nacional, además hubo reportes de que personal funerario y de cementerio contraían COVID-19 y hasta se reportaron casos de decesos por esta pandemia, situación que evidencia que no se estaría cumpliendo a cabalidad la Guía emitida por el Ministerio de Salud. A los reclamos de la Asociación de Funerarias, se sumaron colegios de médicos y SEDES, que, oportunamente, señalaban que existía un colapso de cementerios, por lo que habría un subregistro de cadáveres en casas y barrios. En otros municipios, como el paceño, ante estos colapsos, a través de privados, se ofertaba hornos crematorios móviles en plena vía pública, situación que llamó la atención de varios medios de prensa internacionales, quienes alegaban que era muy desgarrador este servicio, por la connotación de tener la necesidad de cremar cuerpos en espacios públicos.

Uno de los sucesos alarmantes que se dio a conocer por medios de prensa, fue lo ocurrido en el departamento de Oruro, sobre el presunto abandono de 30 cuerpos fallecidos por COVID-19 en la morgue del Hospital de la CNS que habrían sido trasladados, en coordinación con la Alcaldía, para su entierro en una fosa común, situación que derivó en reclamo de familiares que no obtenían respuesta del lugar exacto donde se encontrarían los restos de sus seres queridos. Ante ello, la Defensoría del Pueblo realizó gestiones conjuntamente el GAM de Oruro, Fiscalía Departamental, autoridades ediles y del establecimiento de salud, para recuperar los restos de sus familiares y darles digna sepultura; finalmente, tras estas gestiones lograron exhumar a estos cadáveres.

A estas denuncias, se debe considerar el relato de los familiares de personas que fallecieron con COVID-19. En La Paz señalaron: *"(...) la funeraria nos cita a las 12 del mediodía en el cementerio y nos dicen que mi papá iba a llegar en los carros y que ahí nos teníamos que despedir con un cierto distanciamiento, pero llegado el domingo el carro fúnebre se ha entrado directo a cremaciones, y mi papá estaba ahí y habían tres o cuatro cuerpos. (...) nos cobraron 6.500 bolivianos. Pasa que el carro fúnebre se entró, le llamamos al administrador y nos dijo que ya estaba dentro, nosotros esperando afuera para despedirnos de lejos de mi padre, no nos mostraron ni el cuerpo ni nada. Pasando tres días, la funeraria nos dice 'vengan a recoger sus documentos y ahí hacen la cancelación', (...) pero no sabíamos dónde estaba mi papá, nos dijeron vengan a la siguiente semana les vamos a dar el croquis de dónde está su papá, fuimos y me dijeron que me iban a mandar por WhatsApp pero ya son tres meses y no me mandan, les llamo les insisto y no me dan hasta ahora. No sé dónde está mi papá enterrado".*

En Oruro manifestaron: *"(...) recibimos una llamada del médico que lo atendía, era para entregarnos sus cosas personales y necesitaban la presencia de un familiar, mientras el cuerpo permanecía al interior del hospital. (...) (Cuatro días después) recibimos llamada de la Funeraria Morales indicándonos que el cuerpo no estaba y que funcionarios de la Caja les comunicaron a los familiares que nosotros conoceríamos de dónde hubieran sido depositados los cuerpos y que hubiéramos aprobado y conocíamos del destino. En el hospital nos informaron que solo hay algunos cuerpos, ya que fueron trasladados a otro sitio y había cuerpos de data antigua, consulté a otro funcionario que me dijo que fueron dejados en un basurero, que debía hacer mi reclamo, (...) los hubieran trasladado a las tres de la madrugada y depositados en el basurero en la zona norte, fue frustrante que luego de haber realizado tantas gestiones, no saber de la existencia del cuerpo de mi padre. Poco a poco se conformó un grupo de familiares que reclamaban, y el abogado del Hospital salió a informarnos*



que habíamos sido notificados y convocados vía teléfono y que conocíamos del traslado al sitio, todos nos sorprendimos y coincidimos en que a nadie se nos había comunicado. Por eso se realizó la movilización de todos los familiares y ante la falta de atención de la Caja y la Alcaldía, intervino el Ministerio Público junto a la Defensoría del Pueblo, todavía nos condicionaron para que se haga presente solo un familiar, así fuimos y encontramos el cuerpo de mi papá A.V.CH. y después de 24 horas trasladaron el cuerpo al Cementerio General depositándolo en el edificio de los notables y al día siguiente lo cremaron”.

En Potosí dijeron: “(...) el caso de mi esposo ha sido un caso muy singular porque lamentablemente el día que falleció no me dejaron ni siquiera reconocer el cadáver, no me han dejado bajar a la morgue, no nos han permitido ni acercarnos nos han pedido que tengamos distancia que nos tenían que entregar el certificado de defunción y teníamos que contentarnos con eso, el calvario más grande que hemos podido pasar fue de que lamentablemente nos entregaron otro cadáver, no podíamos ver ni siquiera la cara no pudimos reconocer, estaba empaquetado en una bolsa como cualquier objeto, no han tenido ningún cuidado, lamentablemente jugaron con nuestro dolor los de la Caja, las personas que tenían que preparar los cadáveres no los han preparado, a los 10 minutos de salir del cementerio me enteré que el cadáver de mi esposo seguía en la morgue, las mismas autoridades de la Caja no nos permitieron nuevamente ingresar para poder reconocer el cadáver nos privaron de toda situación, pero con la rabia y la impotencia que sentimos, no lo pensé dos veces agarre el traje de bioseguridad de mi esposo y entre por la puerta principal a emergencias y fui a dar la vuelta de todo el hospital para poder reconocer el cadáver de mi esposo, estando en la puerta de la morgue no me dejaron ingresar pero por la desesperación pase cualquier etapa de seguridad y llegué, pude ver que mi esposo continuaba ahí en la morgue, sin ningún tipo de cuidado no estaba en ninguna bolsa, no se encontraba preparado, (...) ese día tampoco le hemos podido dar cristiana sepultura, al día siguiente que volvimos a ir para poder sacarlo de la morgue con el nombre respectivo tampoco nos han permitido entrar; pero ante la insistencia nos permitieron ingresar. Hemos sufrido el dolor de haber perdido un ser que realmente amábamos, nos han negado ingresar al panteón por lo menos para ver donde, en qué lugar le iban a enterar a mi esposo y como familiares continuamos con ese dolor, no encontramos paz y tranquilidad (...), nosotros hemos enterrado a un cadáver pero nos avisaron que era otro cadáver el que habíamos enterado hasta ahora no sabemos el lugar exacto nadie nos da una respuesta clara y concreta y no solamente es mi caso, hay muchas personas más y, continuamos con esa desesperación, porque no sabemos dónde llevar flores. Lamentablemente, nosotros hemos confiado en esa funeraria pero las condiciones de manejo de un cadáver eran muy precarias debido a que se los baja de las salas a la morgue para que venga la funeraria y los embalsame, no habido una buena coordinación ni por la Caja ni por las funerarias, nos han obligado a contratar esa funeraria, no han utilizado los protocolos para poder mover los cadáveres, las bolsas que nos daban las funerarias eran precarias, hemos tenido que comprar otra bolsa de la misma funeraria ósea no cubrían nada, ni para nosotros como familiares; el día del entierro lo propio, no le ha dado la gana al administrador, en ese momento con tanta rabia y dolor la verdad ignoramos algunas situaciones, tenemos dudas hasta el momento, ni siquiera los han enterrado dignamente, la pala mecánica ha excavado donde ha podido y solamente había tres personas dos de la funeraria y una del cementerio, aún así el administrador brillo por la ausencia, necesitamos que nos respondan dónde y cómo están enterrados, nos den un lugar exacto pero el señor administrador se niega, que tengan un poquito de corazón para que nos den

*a conocer dónde están enterrados, han fallecido varias personas y sé que pasan por lo mismo, queremos cerciorarnos donde está el cuerpo de nuestro ser querido. La primera funeraria hemos pagado 2.500 bolivianos, pero un cajón se pudiera decir no de buena calidad de una madera pésima, la segunda hemos pagado 3.500 bolivianos y por ende hemos tenido que cancelar dos veces, la funeraria se ha confundido de cadáver, lamentablemente así lo ha confirmado la Caja, la pregunta es dónde estaba el cuerpo de mi esposo, no estaba en la morgue, las autoridades se molestaron, no dan explicaciones, no tengo respuesta de la funeraria que se lava las manos, la morgue es pequeña pero ese lugar tan pequeño que se pierda el cadáver es algo que nadie puede creer, qué pasó con mi esposo, por qué nos han entregado otro cadáver, eso es raro hemos peregrinado mucho. En primer lugar, lo que hemos vivido es muy estresante para todos, lamentablemente me tocó vivir esta situación en carne propia, cómo mi esposo ha sufrido porque no existía las medidas de seguridad y más aun no les han dado la protección necesaria para que pueda estar cubierto, nosotros hemos hecho confeccionar sus trajes nadie les ha donado, las autoridades se han olvidado por completo, (...)"*

En Chuquisaca relataron: *"(...) mi hermano menor murió el domingo pasado, el lunes, se apersonó durante la mañana el personal de salud del SEDES y un Fiscal, donde me indicaron que se apersonaría personal especializado a realizar el levantamiento de cadáver, este hecho recién sucedió en horario de la noche, aproximadamente a horas 21:30, por un equipo de la Funeraria Valdez. Posteriormente, un equipo del SEDES me indica que mi hermano está en la morgue y permanecerá ahí hasta su cremación, pasó más de una semana y media, después de tanta insistencia y denuncias al SEDES, recién lograron cremarlo".*

En Cochabamba señalaron: *"(...) mi padre falleció el 2 de julio de 2020 con el diagnóstico de COVID 19 y debido a que en el Cementerio General no les atendieron porque había mucha demanda, conseguimos un espacio en el cementerio privado "Concordia" y contratamos una funeraria para que se encargue de los trámites y entierro, por un costo de 4.500 bolivianos.*

En Pando dijeron: *"(...) en el mes de junio recibí una llamada donde me indicaban que las hermanas de mi papá lo encontraron sin vida en su cuarto. Ese mismo rato fui, pero cuando llegué ya estaban el personal del SEDES y de la FELCC (...) en ningún momento me entregaron una prueba de mi padre que lo determine como paciente positivo de COVID-19. Después de eso, el personal de la FELCC me indicó que ante la inexistencia de signos de violencia contra mi padre, ellos se retirarían. De igual manera, el personal del SEDES se retiraría, dando como paciente fallecido por COVID-19. Solo una persona del COE del municipio, me entregó unas bolsas y me dijo que yo tendría que embalar a mi papá y ponerlo en un cajón para que los de Servicio Municipal de Aseo Urbano (SEMASUR) puedan llevárselo al cementerio COVID. Sin embargo, yo le dije que no podía hacer ese recojo, porque mi papá era una persona con sobrepeso y era alta y no me iba a ser posible poder cargarlo yo sola, además, peor si estaba con sospecha de COVID-19. Eso sucedió a las tres de la tarde, pero en la noche llegó la unidad de SEMASUR, con toda la predisposición para poder hacer el recojo de mi papá, sin embargo, al momento de ingresar ellos verificaron que no podía hacerse este recojo, porque mi papá ya estaba, prácticamente, en estado de descomposición y ellos me dijeron que no se podía. Intentaron dos veces, no pudieron y de esa manera, yo empecé a llamar a personal del SEDES porque yo creía que esa era la responsabilidad de ellos, de poder hacer el recojo, si lo estaban dando como sospechoso del COVID. Me tenían así entre vueltas y vueltas. Estuve toda esa*

*noche. Al día siguiente recién llegó un doctor del SEDES, entonces recién noté que se preocupó y llamó a las demás personas, para que, junto a dos personas expertas, realicen el recojo de cadáver que ya se encontraba en estado de descomposición. Sobre el cementerio COVID, no me han pedido nada respecto a lo económico, solamente me dijeron que si yo gustaba podía acompañar, aunque bajo mi responsabilidad, porque había personas enterradas que sí habían dado positivo. Con relación a la funeraria, me tuve que comprar un cajón y mi papá no entraba, porque estaba súper hinchado, no lo pudieron meter al cajón. Me han pedido 4.000 bolivianos adelantado si quería el cajón, pero dí 2.000 y ya cuando volví le dije al señor que no lo ocupé el cajón porque mi papá no entraba. Él se molestó y me devolvió solo 1.500, eso fue una de las dificultades. Cuando mi papá falleció no había un protocolo para el tratamiento de fallecidos por COVID, lo que generaba una falta de coordinación entre autoridades, el caso de mi padre sirvió inclusive para que luego de su deceso recién la Alcaldía y el SEDES trabajen en un protocolo de manejo de cadáveres. Si no hubiera sido por mis colegas periodistas que hicieron noticia del vía crucis que estaba viviendo para poder enterrar a mi padre, las instancias correspondientes hubieran tardado más tiempo en hacer lo que debían”.*

Para contar con mayores elementos de información, se solicitó información a gobiernos autónomos municipales de las capitales de departamento y El Alto, para conocer si se habría rebasado la capacidad de los cementerios municipales y si habilitaron fosas comunes. Al respecto, en el municipio de El Alto informaron que el promedio de entierros era de seis a ocho por día, y en pico más alto, se registró un promedio de 30 a 35 diarios, por lo que este municipio realizó convenios con cementerios privados y no habilitaron fosas comunes. En Cercado de Tarija y Cobija, no se sobrepasó la capacidad; en Trinidad habilitaron un cementerio COVID-19 y no fue sobrepasada la capacidad, no habilitaron fosas comunes; Sucre no respondió. De estos municipios, ninguno informó sobre rebaso de sus cementerios, esto no coincidiría con la información previamente señala.

Los relatos alarmantes coinciden con lo informado previamente. Las entidades encargadas del manejo, disposición y entierro de cadáveres por COVID-19, actuaron de manera improvisada, en reiteradas oportunidades no atendieron de manera puntual al llamado o pedido de colaboración de los familiares de fallecidos, quienes además de lidiar con el dolor del duelo, debían esperar hasta días posteriores para realizar el levantamiento de los cuerpos, cuando eran decesos extrahospitalarios. Sobre los que fallecían en centros de salud, se conoce que les vulneraron el acceso a la información a sus familiares, los establecimientos de salud no comunicaron de forma efectiva el momento exacto del fallecimiento o, en su defecto, sobre el traslado de los cuerpos: Un claro ejemplo es la situación vivida en Oruro donde, sin comunicar a familiares, realizaron el traslado de los cuerpos al cementerio en coordinación del GAM, y por colapso del cementerio, decidieron, unilateralmente, enterrarlos en fosas comunes sin consentimiento de familiares, además no se los habría identificado, vulnerando totalmente la dignidad humana, y derechos de las familias. Por otro lado, se conoce que algunas funerarias improvisaron sin contar con un lineamiento, protocolo o guía base emitida por el Ministerio de Salud, lo que evidencia un retraso en la aplicación de este documento, así como los cobros excesivos denotan una falta de control e inspección de estos servicios funerarios.

Ante este sobreprecio desproporcional se conoció, por reportes de prensa, que servicios funerarios cobraban el traslado, cremación y entierro de fallecidos por COVID-19 o al menos con síntomas, desde 500 a 1.000 dólares, precios que no eran accesibles al bolsillo de la población, que además de sufrir la pérdida del ser querido, tenían que peregrinar en búsqueda de estos servicios que lucraban ante el incremento desmedido de fallecidos. Esta situación fue variando en cada uno de los departamentos, como por ejemplo la Ley Municipal de Gratuidad de Servicios de Cremación en la Alcaldía de Cochabamba (Cercado) o las acciones realizadas por el GAM de Trinidad o Guayaramerín, que habrían entregado ataúdes gratis a familiares de fallecidos de escasos recursos, o el caso del GAM de Cobija, donde habrían atendido desde el recojo hasta el entierro gratuitamente. En otros municipios lograron convenios para reducir el cobro de estos servicios funerarios.

De igual manera, de lo informado por los GAM, en cuanto a controles sobre estos cobros excesivos, el municipio de El Alto habría realizado operativos en coordinación con el Viceministerio de Defensa de los Derechos del Usuario y del Consumidor, se publicó la lista de precios de los ataúdes y de los servicios funerarios, además informaron que este municipio no cuenta con cementerios privados; El Municipio de Cercado de Tarija, señaló que sus dependencias no tendrían atribuciones y competencias para regular costos de empresas privadas funerarias, empero en el caso del cementerio y crematorio municipal, establecieron servicio gratuito en la cremación de fallecidos por COVID-19.

En Trinidad, señalaron que por bajas de funcionarios, tuvieron dificultades de realizar controles, sin embargo atendieron de manera gratuita en el pico más alto, similar situación ocurrió en Cobija, donde atendieron gratuitamente desde el recojo de fallecidos. Sucre no respondió.

Con la excepción de los municipios citados, esta situación, vulnera lo dispuesto por el Artículo 6 del Decreto Supremo N° 4228 de 28 de abril de 2020, en su inciso II, que establece que el precio de los servicios funerarios y de cementerios para los fallecidos por COVID-19 no podrán exceder a los establecidos antes de la emergencia sanitaria, y en su inciso III, que determina que en caso de que los familiares no cuenten con recursos para contratar los servicios, los GAM o GAIOC se encargarán de los mismos, por lo que, conforme lo informado en reportes de prensa, se evidenció que no se cumplió con la citada normativa y no se tomó la previsión para garantizar el servicio funerario para los familiares de las personas fallecidas en el país, ante el registro de colapsos e incrementos excesivos en los precios de estos servicios.

El incremento a nivel nacional de fallecidos por COVID-19, se produjo conforme iban en aumento los casos de contagios positivos en el país. La primera persona fallecida por COVID-19 data del 29 de marzo, finalizando este mes se tuvo seis decesos, en abril hasta 66, mayo 313, junio 1.123, julio 2.977 y en agosto la cifra ascendió 5.027.

En septiembre se registró un aumento inusual en los reportes epidemiológicos a nivel nacional. Los reportes epidemiológicos 174 y 175, muestran un incremento de 1.570 fallecidos, situación que demostró un inconsistente y desmedido aumento diario (el incremento real era de 40

fallecidos). Al respecto, el Ministerio de Salud informó que el 6 de septiembre de 2020, el SEDES de Santa Cruz reportó 23 fallecidos y “actualizó” 1.570 fallecidos que corresponderían a fechas anteriores, esta información fue “recuperada luego de realizar una investigación en la ciudad y las provincias del departamento, con lo cual el acumulado total del departamento asciende a 3.527 decesos”, esto debido a que los establecimientos de salud de ese departamento habrían sido rebasados durante los meses de junio y julio.

El portal “The New York Times”, de alcance internacional, realizó una investigación, respecto a la cantidad de fallecidos en Bolivia, señaló que las cifras de mortalidad sugieren que el número real de muertes, durante el brote, es casi cinco veces mayor a la cifra oficial reportada por el Ministerio de Salud, por lo que indica que el país habría sufrido una de las peores epidemias del mundo. Considerando que, en función a la población nacional, la cifra de muertes es muy superior a niveles de Italia, España y el Reino Unido; 20.000 muertes de personas más que el promedio de años anteriores (datos obtenidos por el Registro Civil de Bolivia, del total de fallecidos). Empero, para este medio de prensa, esa cantidad sería una imagen más exacta del verdadero número de víctimas de la pandemia.

Por lo evidenciado, se advierte que no se implementó oportunamente la Guía de Procedimientos para el Manejo y Disposición de Cadáveres de Casos de COVID-19 por parte del Ministerio de Salud, de igual manera, la capacitación realizada por los SEDES a nivel nacional tuvo retrasos considerables, como el caso del departamento de La Paz (cinco meses de retraso), asimismo, esta socialización tuvo un alcance restringido y con excepción de Santa Cruz, el resto no consideró en su totalidad a las empresas funerarias y entidades involucradas, y pocos GAM habrían realizado un apoyo en cuanto al entierro o cremación de personas de escasos recursos. Contrariamente, se registró incremento desmedido de precios por estos servicios; por otro lado, el incremento inconsistente de la cantidad total de muertos más la investigación del total de fallecidos, crean una duda razonable en cuanto al manejo de los datos estadísticos totales de la cantidad real de fallecidos a nivel nacional, finalmente, el manejo de fosas comunes, cementerios clandestinos y el peregrinaje de familiares que buscaron contar con algún servicio funerario atentaron contra la dignidad humana, toda vez que todas las personas deben ser valoradas individual y socialmente, en igualdad de circunstancias y dentro de la sociedad con sus características y condiciones particulares, empero, la muerte no puede ser considerada como un hecho o fenómeno aislado o meramente pasivo, sino que va de la mano con el respeto por la misma condición de ser humano y esta garantía de derechos no fenece con el fallecimiento. Además, se debe garantizar la libertad religiosa que implica, entre otros la libertad de profesar y divulgar su cultura, creencias individuales o colectivas, por lo tanto ninguna persona, ni sus familiares pueden ser restringidos de medidas que afecten la libertad de conservar su religión o sus creencias, este derecho incluye la libertad de celebrar rituales fúnebres, acudir a sitios sagrados y realizar duelo, luto conforme sus creencias y cultura, por lo tanto, en el marco del respeto de los derechos humanos, incluye las prácticas religiosas, de culto o de creencia que se tenga en relación con la muerte; las cuales están estrechamente relacionadas con las formas de participación cultural y las cosmovisiones en las sociedades, en concordancia con la dignidad humana, conforme lo estableció la CIDH.





## LA FALTA DE REGULACIÓN DEL SUBSECTOR PRIVADO DE SALUD GENERA ARBITRARIEDADES EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES COVID-19

Si bien la Ley N° 1293 definió que el subsector privado de salud debe acatar las determinaciones del Ministerio de Salud y de las entidades territoriales autónomas en lo referido a atención de pacientes con COVID-19, y además ordena que garantice a sus usuarios y trabajadores los medios adecuados, al efecto existe un evidente vacío legal respecto al beneficio de gratuidad para la atención de enfermos de COVID-19 como obligación al subsector privado del Sistema Nacional de Salud,<sup>467</sup> este aspecto ha provocado un sin fin de abusos por parte de este subsector en cuanto a la atención de pacientes COVID-19 que durante el desarrollo del presente análisis se irán verificando.

Es importante manifestar que la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha adoptado para sí la Resolución N 01/2020, "Pandemia y Derechos Humanos", en ella se ha recomendado a los Estados miembros, entre ellos Bolivia, que "(...) para el caso específico de la participación de los actores privados dedicados a la prevención, atención y tratamiento de pacientes COVID-19, velar por una distribución y acceso equitativos a las instalaciones, bienes y servicios de salud sin discriminación alguna, sean públicos o privados, asegurando la atención de las personas con COVID-19 (...)", por su parte, la Resolución N° 04/2020 de la CIDH "Derechos Humanos de las Personas con COVID-19", sobre la participación de actores privados en la atención a la COVID -19, recomendó que "para garantizar los derechos de las personas con

<sup>467</sup> <https://www.asuss.gob.bo/wp-content/uploads/2020/08/Ley-1293.pdf>



*COVID-19, los Estados deben exigir claramente que los actores no estatales o privados relacionados con el sector de la salud respeten los derechos humanos y adopten la debida diligencia en sus operaciones en este campo". "(...) Para los casos de abusos o violaciones sobre los derechos de las personas con COVID-19 donde intervienen empresas o actores privados relacionadas con el sector de la salud y del cuidado, los Estados deben fortalecer mecanismos transparentes y efectivos de monitoreo, vigilancia y fiscalización sobre estos, previendo, según corresponda, sanciones efectivas y reparaciones adecuadas para las personas con COVID-19(...)". Finalmente, señala que: "(...) Con el fin de garantizar el acceso y asequibilidad en la atención de salud a las personas con COVID-19, los Estados deben adoptar medidas que prevengan que los actores privados o empresas ocasionen desabastecimiento, como el incremento desproporcionado de precios en relación con bienes, equipos, materiales y servicios esenciales de salud o de bioseguridad (...)".*

Al disponer que el subsector privado coadyuve en el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud y que está obligado a atender el diagnóstico, control, atención y tratamiento del coronavirus (COVID 19) de forma inmediata y sin consideraciones de ninguna naturaleza, siendo la infraestructura, equipamiento y personal priorizados y destinados conforme requerimientos y organización determinada por el Ministerio de Salud, garantizando el despliegue del personal médico y sanitario en los establecimientos o locales donde exista población afectada por el coronavirus (COVID-19), el Órgano Ejecutivo ha pretendido de cierta manera cubrir los aspectos recomendados por la CIDH, al menos formal y positivamente; en los hechos estas disposiciones aun cuando fueron emitidas por el propio Órgano Ejecutivo no fueron cumplidas.

Se ha determinado, además, que los establecimientos de salud, clínicas y otros del subsector privado del Sistema Nacional de Salud, doten de manera gratuita medicamentos para las personas infectadas con el coronavirus (COVID 19) y material de bioseguridad apropiados para la adopción de los protocolos de limpieza y protección que resulten necesarios en los establecimientos de salud y locales que se encuentren bajo su administración.

La actuación de las clínicas del sub sector privado en la atención de pacientes con COVID-19 se ha visto rodeada por una considerable cantidad de irregularidades que, sin embargo, no alcanzan la categoría de infracciones per se porque aquellas conductas no fueron tipificadas como tales ni se encuentran definidas como causales para sancionar. Sin embargo, llama la atención, por ejemplo, que clínicas como la Foianini, ya en fecha 2 de abril con protocolos de atención propios adaptados de otros países atendían pacientes, esta situación denota por un lado la inacción por parte de la administración pública en la emisión y socialización oportuna de protocolos oficiales de atención, de modo que la arbitrariedad en la atención no puede ser causal de sanción a la clínica pero si causal de inicio de investigación necesaria que determine a que nivel se originó la dilación indebida en la generación de documentación oficial para atención de COVID-19; resulta importante referir que por normativa específica promulgada desde el propio Órgano Ejecutivo, claramente se definió que sea el Ministerio de Salud la instancia encargada de ejercer la rectoría para enfrentar a la COVID-19, entonces la línea reguladora para la atención debió ser generada oportunamente y con la debida antelación por parte de esta cartera de Estado. Ahora bien, en este marco se pudo advertir una disparidad en la actuación tanto del Ministerio de Salud como por parte de los SEDES,

cuyo justificativo deviene de la redacción de la propia norma, toda vez que determina como responsabilidad compartida la emisión de normas y reglamentos sin definir a cabalidad hasta donde alcanza la responsabilidad de cada instancia, esta ambigüedad ha generado confusión en los propios actores privados prestadores de salud sin tener claridad en la instancia a la que deben presentar sus protocolos de atención para ser aprobados y estar vigentes legal y debidamente.

En el caso de los actores privados dedicados a la atención de la COVID-19, debido a la inactividad del órgano rector, también permitió la liberalidad de realizar cobros bastante excesivos a pacientes que acudieron a sus servicios para ser atendidos, de este modo se pudo considerar dos aspectos: la disparidad en el precio que cada actor privado cobró y las diversas condiciones que imponían pretendiendo ampararse acudiendo al principio de la libertad contractual, de ese modo en algunas clínicas cobraron desde derecho de internación hasta el uso de equipamiento, considerando además que esto se constituía en un gasto para la familia del paciente, aun cuando la norma previó la gratuidad de medicamentos.

Se pudo evidenciar que, incluso, requería el pago de anticipos o depósitos en garantía para proceder a la atención ante la falta de líneas generales, la inoportuna toma de decisiones y la ausencia de reglamentación de las clínicas privadas. La falta de participación activa y ante todo fiscalizadora y de control por parte de las instancias rectoras ante la demanda y desesperación de la población para ser atendidos, originó la posibilidad de aprovechar la situación sin medida ni límite alguno, permitiéndose, incluso, rechazar gente en caso de no cumplirlas; claros ejemplos se visualizan en los siguientes testimonios cuya parte pertinente se transcribe en su extensión. En La Paz refirieron: *"(...)mi papá se llamaba L.Q.C., tenía 64 años, era asegurado de la CNS. Cuando mi papá se puso mal, acudimos al Hospital Obrero, todo el día hemos peregrinado hasta que nos dieron la transferencia, sin embargo no le han querido atender, justificando que no hay espacio, que está lleno, que está colapsado. Tampoco había clínicas privadas, fuimos al hospital Agramont y ahí le han atendido. Nos dijeron que por día terapia intensiva era 10.000 bolivianos y teníamos que dejar un depósito de 60.000 como garantía. El depósito no lo hemos dejado porque no teníamos ese monto. El 26 de agosto lo han entubado a mi papá hasta el 11 de septiembre. Nos llamaron, mi hermana fue en la mañana y de manera escrita le dieron esto (mostró una liquidación hecha a mano) indicando que paguen en caja luego vamos a ver de como se les va a entregar el cadáver y que no podíamos retirar el cuerpo si no habíamos cancelado. El monto total general ascendió a 280.612 bolivianos por internación médica, dimos 45.000. En la medicación hemos gastado Bs. 84.497, nos dieron un pagaré de tres meses con el compromiso de pago. En total debíamos pagar Bs. 129.000 por medicamentos en el Agramont. El Director señaló traigan dinero y vamos a negociar por la entrega del cadáver, lunes fuimos a negociar y martes volvimos con el personal de la Defensoría (...)"*.

En Cochabamba indicaron: *"(...) en fecha 27 de junio de 2020 llevé a mi esposo, J.R.E.R., a la Clínica Copacabana con síntomas de COVID-19, donde antes de internarle le pidieron como requisito la prueba para COVID-19, estuvo internado tres días, le hicieron dos transfusiones de plasma hiperinmune, a pesar de ello no mejoró y el médico me dijo que necesitaba terapia intensiva, pero que no tenían espacio en la UTI y que debía llevarle a otra clínica, habiendo encontrado en la Clínica Los Ángeles, lo cual comuniqué a la Clínica Copacabana, donde me dijeron que antes*

*de llevarle a mi esposo a otra clínica debía pagar la suma de Bs.21.000, que una vez pagada la cuenta hospitalaria recién me permitieron trasladarle a la Clínica Los Ángeles, donde me pidieron un depósito previo (garantía) de 10.000 dólares, pero solo pude cancelar 5.000 dólares y días después completé el saldo faltante. Estuvo internado en terapia intensiva durante 21 días y falleció. El costo de la atención médica y tratamiento ascendió a 220.000 bolivianos, monto que debía cancelar para el retiro del cadáver y ante la imposibilidad de cancelar la totalidad, suscribí un compromiso de pago en el plazo de cuatro meses del saldo de 120.000 (...)*”.

En Cochabamba, en la Clínica San Vicente relataron: *“(...) en fecha 11 de julio de 2020 le llevamos a mi suegro con síntomas de COVID 19, donde antes de internarle nos pidieron una boleta de garantía por la suma de 5.000 dólares, documento que presentamos y recién le internaron y el día que falleció nos entregaron la liquidación de la cuenta que superó los 25.000 dólares, detallando los medicamentos que supuestamente habrían usado, evidenciando que usaron Ivermectina; asimismo, el sobreprecio en los medicamentos y honorarios de los médicos que superan el monto estipulado en el arancel del Colegio de Médicos, ante la imposibilidad de cancelar ese monto, se negaron a la entrega del cuerpo y solo después de haber firmado un documento de compromiso para el pago total en el plazo de tres meses, nos entregaron el cadáver (...)*”.

La CIDH exige a las autoridades del Estado tomar las previsiones necesarias para permitir una distribución y acceso equitativos a las instalaciones, bienes y servicios de salud sin discriminación alguna; en cuanto al acceso en servicios privados, definió que los Estados deben fortalecer mecanismos transparentes y efectivos de monitoreo, vigilancia y fiscalización sobre actores privados que prestan servicios de salud respecto a COVID-19. Estas recomendaciones, en el presente caso, fueron incumplidas por parte de las autoridades del Estado, particularmente por el Ministerio de Salud; en caso de que la decisión gubernamental hubiera sido la descentralización desde el inicio de la cuarentena, la responsabilidad habría de recaer sobre los gobiernos autónomos departamentales a través de sus SEDES; sin embargo, resulta necesario disgregar algunos de los componentes contenidos en las recomendaciones emitidas por la CIDH, así por ejemplo en cuanto a distribución y acceso equitativo, se puede evidenciar que el servicio de atención al sector privado se vio completamente limitado desde el momento que las clínicas y centros de salud privados definieron unilateralmente costos excesivos para pacientes COVID-19, la equidad en cuanto al acceso fue pasada por alto por los actores privados de salud.

Respecto al fortalecimiento de mecanismos transparentes y efectivos de monitoreo, vigilancia y fiscalización sobre actores privados; resulta importante considerar que, por mandato legal, independientemente de la rectoría en salud del nivel central, la estructura legalmente establecida para el Órgano Ejecutivo desde el año 2009 definió que el Ministerio de Salud regenta todo el Sistema Nacional de Salud el cual está compuesto por el subsector público, el subsector de la seguridad social a corto plazo y el subsector privado; sin embargo, se ha evidenciado la inacción del Ministerio de Salud y el Órgano Ejecutivo en su conjunto; ante los reiterados casos de cobros excesivos denunciados públicamente. Incluso, el ex Ministro de Salud (Marcelo Navajas), no asumió ninguna acción efectiva para frenar los cobros excesivos y arbitrarios por parte de las clínicas privadas que atendieron pacientes COVID-19. Por medios de prensa se conoció la posición de la ex autoridad al respecto: *“(...) Nosotros simplemente*

*damos las reglas generales, pero esto se maneja a través de las gobernaciones y colegios médicos. Le voy a dar un ejemplo, que un periodista cobre tanto en un medio de comunicación, no depende de ningún ministerio. Lo mismo sucede con la parte médica, yo no sé cuánto cobra un médico en un sistema privado. Eso está manejado por el grado de capacitación que tiene el profesional, el tiempo de experiencia, los años trabajados en algún lado, manifestó Navajas (...);<sup>468</sup> posición que claramente denotaba la superposición de sus intereses personales a los intereses de la colectividad al ser dueño de una clínica privada, "Virgen de Asunción", en la ciudad de La Paz, como asevera la prensa<sup>469</sup>, infringiendo de forma innegable la prohibición expresa sobre el ejercicio de funciones en la administración pública. (Parágrafo II del Artículo 237 de la Constitución Política del Estado).*

Las instancias que estarían a cargo de la fijación de precios mínimos de cobro en la prestación de servicios de salud, serían los colegios de profesionales médicos para el sector privado, sin embargo, tampoco existe una regulación específica al respecto y fueron estas entidades colegiadas las que mediante la Unidad de Medida y Actualización (**UMA**) establecieron precios mínimos para la atención en salud de manera general pero no homogénea a nivel nacional, lamentablemente, este hecho (no establecido por norma) no alcanza a reglamentar o definir el arancel para atención a pacientes COVID-19, de modo que el Estado en su conjunto ha dejado a la liberalidad de los dueños de clínicas privadas el destino de pacientes COVID-19 que acudieron a requerir su atención.

Ahora bien, esta situación de arbitrariedad e incumplimiento de deberes en desmedro de la población que surge desde dos frentes, vale decir clínicas privadas y Gobierno nacional, desconoce principios establecidos legalmente para el ejercicio de la medicina plasmados en la Ley N° 3131; así al realizar cobros excesivos se descuida el mandato ético, legal y profesional que determina que la profesión médica está consagrada a la defensa de la vida, cuidado de la salud integral de la persona, familia y comunidad; asimismo, cuando exista urgencia ningún médico, centro de salud, hospital o clínica no podrá negar su atención básica o brindar atención cuando una persona se encuentre en peligro inminente de muerte aún sin su consentimiento; al respecto, se pudo verificar la negativa en la atención y sobre todo la exigencia de pagos previos por parte de los actores privados de salud incumpliendo el mandato respecto a la defensa de la vida y la obligación de brindar atención de urgencias.

La norma que regula el ejercicio profesional médico prevé que la máxima instancia organizacional del sector es el Colegio Médico y que el Ministerio de Salud es responsable de la supervisión y control del ejercicio médico, es evidente un incumplimiento a esas funciones previstas por norma por parte de las instancias identificadas en el caso de atención a pacientes COVID-19, por parte de los actores privados de salud, instituciones que además no son unísonas en cuanto al arancel para atención COVID-19, ahondando aún más las limitantes a un ejercicio pleno al derecho al acceso a la salud en la esfera del ámbito privado.

<sup>468</sup> [https://eldeber.com.bo/santa-cruz/ministro-navajas-dice-que-no-tiene-tuicion-sobre-el-cobro-de-las-clinicas-por-ser-un-servicio-privad\\_178865](https://eldeber.com.bo/santa-cruz/ministro-navajas-dice-que-no-tiene-tuicion-sobre-el-cobro-de-las-clinicas-por-ser-un-servicio-privad_178865)

<sup>469</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/4/9/neumologo-navajas-reemplaza-cruz-el-dirigente-de-medicos-252151.html>

De igual modo, este aspecto que a todas luces comprende vulneración al derecho de la salud de las personas, incide en el ámbito del lucro, es decir en el ánimo de lograr ganancia, sin embargo, esta obtención de ganancia reconocida y protegida por norma no puede ser el animus que mueva a los actores privados a momento de recibir o rechazar un paciente COVID-19, decisión y actitud que coincide con la ausencia de Estado en la regulación de precios en la atención de la COVID-19.

En este marco, resulta importante conocer si a nivel nacional existieron denuncias por estos cobros excesivos y la primera fuente a la que se acudió fue a los SEDES de cada departamento, instancias que en la mayoría de los casos refirieron contar o no con este tipo de denuncias, sin embargo, más allá de la cantidad de denuncias que pudieron recibir, lo que permite ver este relevamiento de información fue que los SEDES, ante la falta de normativa emitida desde el Órgano Ejecutivo del Nivel Central del Estado, se vieron atados de manos para asumir acciones investigativas o en su caso sancionatorias en contra de los actores privados de salud que abusaron de cobros excesivos durante la pandemia y la cuarentena rígida y dinámica; resulta tan elocuente esta ausencia de Estado que el Director Técnico de la SEDES La Paz manifestó, enfáticamente en la entrevista realizada, que tuvo que “abrir espacios” personalmente en clínicas privadas para que adecuen sus ambientes y atiendan casos COVID-19.

En Oruro, el Director del SEDES manifestó, ante nota de la Delegación Departamental de la Defensoría del Pueblo que refiere cobros exagerados por parte de la clínica privada Cristo Rey en cuanto a la atención de pacientes COVID-19, que se realiza seguimiento conforme competencias, sin especificar cuáles; en Cochabamba, la autoridad del SEDES refirió que se recibieron denuncias contra varias clínicas privadas por cobros excesivos, por lo que se realizaron inspecciones recomendando evitar excederse en los costos, aclaró que no existen aranceles por servicios para casos de COVID 19, debiendo circunscribirse, únicamente, a recomendaciones al carecer de normativa. Es importante referir que en Santa Cruz el Director Técnico del SEDES señaló que realizaron intervenciones en las clínicas para estandarizar los cobros, denotando la necesidad urgente de contar con alguna regulación específica al efecto a fin de proseguir con acciones apartadas de norma que no tendría un resultado eficaz y favorable para la población.

Todo el panorama descrito, previamente, ante el accionar displicente de las autoridades del Órgano Ejecutivo del nivel Central, obligó a diferentes actores sociales e instituciones públicas a considerar otras maneras y vías para lograr la participación plena del subsector privado de salud en la lucha contra la pandemia ocasionada por la COVID-19, a cuyo efecto se sancionó la Ley de atención gratuita por parte de las clínicas privadas a pacientes con COVID-19, esta norma cuya finalidad fue ampliar cobertura de atención, de cierta manera obligaba a las clínicas privadas, sin afectar su patrimonio ni derecho propietario, a atender pacientes COVID-19 y no de manera gratuita, sino con cargo al Estado.

Esta propuesta legislativa en lugar de ser oportuna e inmediatamente aprobada (promulgada) por la ex Presidenta transitoria del Estado, ha sufrido una suerte de dilación indebida e ilegal por parte del Órgano Ejecutivo, toda vez que de manera infundada una vez recibida la Ley

sancionada, ésta fue remitida en consulta previa al Tribunal Constitucional Plurinacional cuando de la simple lectura del Código de Procedimiento Constitucional se tiene que la legitimación activa para presentar una consulta previa la tiene el Presidente o la Presidenta del Estado cuando el proyecto normativo se haya originado en el Órgano Ejecutivo; situación que en este caso (como en otros muchos) no sucedió. Sin embargo, se optó simplemente por no promulgar la norma y tuvo que ser la ex Presidenta de la Asamblea Legislativa Plurinacional quien la promulgó ante la omisión y negativa indebida, lo que denota clara intencionalidad de poner en riesgo la salud de la población.

La inacción y omisión de funciones por parte del Órgano Ejecutivo en cuanto a regulación del subsector privado de salud, contrasta con las decisiones asumidas en la región por los gobiernos de países vecinos de Chile y Perú,<sup>470</sup> donde el Gobierno central, independientemente del régimen competencial y autonómico que pudieran tener los sistemas de cada uno de estos países, sobrepusieron interés colectivo al interés individual, particular de actores privados de salud, dejando de lado temores infundados sobre afectaciones a patrimonio privado o demandas por inexistentes expropiaciones que fue lo que alegaron las autoridades del Órgano Ejecutivo boliviano a cargo de “analizar” la Ley de atención gratuita a pacientes de COVID-19.

La Defensoría del Pueblo realizó verificaciones en las que evidenció que el subsistema público de salud se encuentra completamente colapsado y desbordado en cuanto a su capacidad para atender y recibir pacientes aquejados por COVID-19, situación que los obliga a someterse a las condiciones exigidas por los dueños de establecimientos privados de salud que demandan montos exorbitantes como garantía que oscilan entre los 20.000 y los 30.000 dólares, previamente a la internación.

Finalmente, resulta imperioso hacer notar que como consecuencia del numeral 9 del Artículo 216 del Código Penal, incurre en privación de libertad quien realizare cualquier otro acto que de una u otra manera afecte la salud de la población, en este marco la SC 0667/2010-R de 19 de julio, señala: *“Es pertinente aclarar que el Director de un Hospital, sea privado o público, tiene el deber de verificar que en la Institución a su cargo no se susciten situaciones irregulares, restrictivas de los derechos de sus pacientes, responsabilidad que emerge de sus funciones y atribuciones propias de máxima autoridad de un Centro hospitalario, aun cuando no hubiese sido dicha autoridad quien dispuso o impidió la salida del Hospital de un paciente (...), pues corresponde a dicha autoridad asumir la responsabilidad por los hechos que se susciten bajo su Dirección por parte del personal, y en su caso, al conocer una situación irregular lesiva de derechos, está en la obligación de corregirlos o subsanarlos...”*. Entonces, se identifica claramente al o a la responsable de actos arbitrarios y hasta ilícitos en cada clínica y centro de salud privado donde por razón y motivo de cobros excesivos, exigencia de cumplimiento de requisitos arbitrarios, pudiera haberse afectado o puesto en riesgo la salud y vida de la población, debiendo en cada caso las instancias competentes realizar la investigación correspondiente.

<sup>470</sup> <https://www.latercera.com/nacional/noticia/gobierno-fija-precios-maximos-para-pacientes-derivados-a-clinicas/IJTRMR-KGBFFRBLCA65JI5CBEFY/>



Claramente, el Artículo 216 del Código Penal establece que incurrirá en privación de libertad de uno a diez años el que (entre otros) realizare cualquier otro acto que de una u otra manera afecte la salud de la población, todos los actos descritos previamente pusieron en riesgo la salud de la población. Provocar dilaciones indebidas en la promulgación de una norma que ampliaba la cobertura del servicio de salud para enfrentar a la COVID-19, ha denotado claramente que lo último que se pretendió fue resguardar la vida de la población en su conjunto. Esta acción coincide y se suma a la omisión del Gobierno central respecto a regular los precios y prestación del servicio de salud para atender COVID-19, entonces se evidencia que el Gobierno central, incumpliendo la Ley N° 1293 de 1° de abril de 2020, pretendiendo desligarse del ejercicio de la rectoría del Sistema Nacional de Salud para regular actores privados, soslayando responsabilidades y deberes inherentes al Órgano Ejecutivo, ha puesto en riesgo la salud y vida de la población en su conjunto, la negligencia manifiesta en su actuar en este tópico específico, denota desconocimiento de normativa, improvisación en el desarrollo de las actividades propias de las autoridades en ejercicio de las funciones de un Órgano de poder que cumple tan altas y delicadas tareas, ilícitos que se agravan toda vez que, como es de conocimiento público, de por medio se declaró pandemia a nivel mundial por COVID-19, por tanto, en suma el riesgo en la salud y la vida de la población alcanzó niveles superlativos ante el panorama descrito.



Es importante considerar entonces que el nivel central del Estado está compelido tanto por la experiencia de la pandemia como por la actitud y conducta de los actores privados que prestan servicios de salud y por la escasa o nula presencia eficaz del Estado durante la emergencia sanitaria ocasionada por la COVID-19, y toda vez que la OMS desde 2019

ha alertado mundialmente de la futura presencia de otras “enfermedades X”, que si bien podrían ser combatidas adecuadamente cabe el riesgo de que puedan derivar en otras pandemias como sucedió con la COVID-19,<sup>471</sup> urge elaborar y aprobar cuanto antes una política de Estado que se refleje en un proyecto normativo que permita a las autoridades competente, ante la presencia o brote de una nueva pandemia que ponga en riesgo la salud de la población boliviana, incorporar plena y activamente al subsector privado de salud en la lucha eficaz contra algunas enfermedades que no tuvieron, hasta ese momento, cura o vacuna; esto logrará mitigar los efectos y consecuencias fatales que se evidenciaron como consecuencia de la COVID-19.

## **SUPUESTOS ACTOS DE CORRUPCIÓN AGRAVAN LA SITUACIÓN DE LA PANDEMIA EN BOLIVIA**

La CIDH estima que los principales factores que facilitan la corrupción son de naturaleza institucional y cultural. Los factores institucionales que fomentan la corrupción son: a) debilidad institucional del Estado que se caracteriza por su incapacidad de cobertura territorial y por instituciones incapaces de cumplir plenamente con sus funciones; b) el monopolio o concentración de poder en áreas con alto impacto económico o social (donde se manejan recursos o se toman decisiones con impacto político y social); c) amplio espacio de discrecionalidad en la toma de decisiones por parte de agen-

tes estatales; d) falta de control de los actos de la autoridad, lo que se basa en poca transparencia y rendición de cuentas en torno a las decisiones adoptadas por la autoridad así como en la naturaleza secreta de la corrupción; e) alto nivel de impunidad, ello permite que actos o sistemas de corrupción operen sobre la base de garantías de que el costo de la corrupción es ampliamente superado por los beneficios obtenidos. Asimismo, considera como factores culturales que permiten y fomentan que la corrupción se haya instalado en nuestros países, guardan relación con una cultura de tolerancia frente a la corrupción y, particularmente, una cultura de la ilegalidad, donde el respeto de las leyes, de las instituciones, de la confianza depositada por la ciudadanía es desvalorizada socialmente. A su vez, la Comisión considera como mecanismo y sustento de defensa principios rectores de la lucha contra la corrupción: no discriminación, transparencia, rendición de cuentas y participación, los mismos que se resumen en lo siguiente:

- En cuanto a la no discriminación.- La corrupción tiene estrechos vínculos con la discriminación. Por una parte, la corrupción suele desviar recursos públicos, lo que provoca una administración y distribución de bienes y servicios arbitraria o discriminatoria.
- En cuanto a la transparencia, es claro que en la medida en que los Estados, las empresas y organizaciones divulguen antecedentes sobre sus reglas, planes, procesos y actividades, se reduce el espacio para la ocurrencia de actos de corrupción. Lo mismo

<sup>471</sup> <https://www.cordobabn.com/articulo/salud/oms-advierte-vendran-nuevos-virus-animales-tenemos-herramientas-frenar-los/20200920141517059796.html>

ocurre si se facilita el acceso público a esa información, puesto que las instituciones de supervisión y la ciudadanía podrán escrutar a dichas entidades.

- En relación con la rendición de cuentas, corresponde indicar que quienes ejercen funciones públicas deben responder ante aquellos que, habiéndoles confiado ese poder, resultan afectados por sus actividades. De ese modo, es posible prevenir, detectar y sancionar la corrupción.
- En cuanto a la participación ciudadana, es de indicar que cuando dicho mecanismo está presente disminuye las posibilidades de incurrir en actos de corrupción y además supone un medio de control beneficioso para los Estados, por cuanto permite prevenir y detectar abusos.

La preocupación de la Comisión se circunscribe a aquellas circunstancias en las cuales, mediante actos de corrupción, se incumplen directamente las obligaciones del Estado en materia de derechos humanos. Señala que puede configurarse una violación de derechos humanos y con ello la responsabilidad internacional, cuando un acto o situación de corrupción constituye o motiva un incumplimiento a una obligación internacional y dicho ilícito es atribuible al Estado.

En la Resolución 01/18, "Corrupción y Derechos Humanos", la CIDH indicó que: *"la corrupción en la gestión de los recursos públicos compromete la capacidad de los gobiernos para cumplir con sus obligaciones de derechos sociales, incluidos salud, educación, agua, transporte o saneamiento, que resultan esenciales para la realización de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales y en particular de las poblaciones y grupos en condición de más vulnerabilidad. Es una presunción jure et de jure que los actos de corrupción comprometen la capacidad e idoneidad del gobierno que las autoridades públicas para poder ejercer funciones deben lograr ventajas ilícitas o ilegítimas en detrimento del patrimonio del Estado y de los intereses y hasta derechos de la sociedad, entonces debiera entenderse que la falta de satisfacción del bien común generado por actos de corrupción, como en el caso concreto se dieron al ocasionar daño irreparable y fatal en la vida y salud de la población afectada con la COVID-19 por aprovechar durante la adquisición de equipamiento, insumos, equipos de bioseguridad la obtención de ventajas económicas a favor del patrimonio personal de unos cuantos, la salud en general como derecho fundamental ha sido afectada por quienes figuren como responsables de estos hechos denunciados y que se encuentran en investigación. Valores básicos como la ética, entendida como el cúmulo de integridad, imparcialidad, probidad, transparencia, responsabilidad y eficiencia funcionaria que garanticen un adecuado servicio a la colectividad fueron completamente proscriptos durante el ejercicio de la administración pública durante la pandemia por parte de quienes en el ejercicio de funciones públicas sean identificados como responsables de los referidos ilícitos(...)"*.

Es importante, además, traer a colación que el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) calificó de "asesinato" los casos de corrupción en torno a los equipos de protección (EPI) utilizados en el marco de la pandemia de COVID-19: *"(...) cualquier nivel de corrupción es inaceptable y cualquier tipo de corrupción es inaceptable, sin embargo, la corrupción*

*relacionada con las EPI es para mí un asesinato (...)*”, esta aseveración conlleva en sí muchas características que debieran ser consideradas a momento de valorar jurídica y judicialmente por las autoridades competentes las conductas desplegadas por los servidores públicos del Órgano Ejecutivo del nivel central del Estado, así como dependientes de ETAs; toda vez que el asesinato conforme la definición de la Real Academia de la Lengua Española, constituye la conducta por la cual se mata a alguien con alevosía, ensañamiento o por una recompensa, entonces la afirmación vertida por el Director de la OMS adquiere especial relevancia porque de ser evidentes y demostrados los actos de corrupción permitirían ver que, al valerse de hechos tan significativos y relevantes pero a la vez delicados como la pandemia y la cuarentena, ejerciendo una posición de poder y de liberalidad como ha sucedido dentro del Estado Plurinacional, a través de las normas emitidas por el Órgano Ejecutivo por las cuales se ha otorgado para sí la posibilidad de apartarse de la normativa específica para la compra y adquisición de bienes y servicios (incluidos equipamiento médico e insumos) así como aquella prevista para la contratación de personal, presumiendo la buena fe con la intención de atender adecuadamente la pandemia ocasionada por la COVID-19, en aplicación y ejecución de estas disposiciones algunas de las propias autoridades que participaron en su aprobación, se habrían aprovechado de la coyuntura para dañar el patrimonio del Estado a favor del patrimonio propio y personal.

La Constitución Política del Estado define entre los principios que rigen el actuar de la administración pública, a la transparencia, entendida ésta como la práctica y manejo visible de los recursos del Estado por las servidoras y servidores públicos, así como por personas naturales y jurídicas, nacionales o extranjeras que presten servicios o comprometan recursos del Estado que debiera ser la premisa rectora frente a la corrupción entendida dentro de nuestra economía jurídica como el requerimiento o la aceptación, el ofrecimiento u otorgamiento directo o indirecto, de un servidor público, de una persona natural o jurídica, nacional o extranjera, de cualquier objeto de valor pecuniario u otros beneficios como dádivas, favores, promesas o ventajas para sí mismo o para otra persona o entidad, a cambio de la acción u omisión de cualquier acto que afecte a los intereses del Estado. Este escenario legal y éticamente ideal ha sido completamente transgredido y desnaturalizado de la realidad sufrida por la población con cada acto de corrupción de la que fue víctima durante la cuarentena, especialmente, la cuarentena rígida que permitió menos participación social de los actores llamados por norma al efecto.

En este sentido por ejemplo los Decretos Supremos N° 4179, 4201, 4174 y 4205 fueron armas jurídicas de doble filo que liberaron restricciones para adquisición de los insumos que debieron servir para la lucha contra la COVID-19, como por ejemplo respiradores, ventiladores, equipos de bioseguridad de protección, medicamentos e incluso sueldos de personal de salud, dejando expedita y llana la vía para proceder con compras irregulares, con sobreprecio, que no se encontraban dentro del catálogo detallado de manera parcial anteriormente. Claro ejemplo de lo referido es el caso de los 170 respiradores españoles de la marca RESPIRA adquiridos durante el mes de mayo de 2020 que obligó a las autoridades del Ministerio de Salud a informar que el precio unitario de éstos respiradores españoles era de 27.683 dólares y que las gestiones se realizaron a través del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

En fecha 19 de mayo de 2020, la Defensoría del Pueblo mediante comunicado público observó la falta de transparencia en la compra de los 170 respiradores solicitando a los Ministerios de Justicia y Transparencia Institucional y de Salud, a la Contraloría General del Estado y a la Asamblea Legislativa Plurinacional informar, supervisar e investigar la compra de 170 unidades de respiración artificial destinadas al tratamiento de los enfermos con COVID-19.

Este caso resultó ser la punta del ovillo que desencadenó en otros tantos casos de corrupción, igual o más graves, relativos a la compra o adquisición de insumos para la lucha contra la pandemia. Todos aquellos casos que tuvieron de alguna manera relación o, incluso, afectación directa al derecho humano a la salud de la población fueron puestos en conocimiento de las autoridades con atribución específica para ejercer supervisión o control externo posterior, como es el caso de la Contraloría General del Estado o para realizar la persecución del hecho delictivo como es el caso de la Fiscalía General del Estado. Entidades constitucionales autónomas que tuvieron la escrupulosidad de cumplir con los mandatos legales insertos y contenidos en la Constitución Política del Estado y en la Ley N° 870 y responder a las notas remitidas desde la Defensoría del Pueblo, a diferencia de los Ministerios de Estado que negaron responder a las cuestionantes surgidas desde las funciones esenciales de la institución defensorial.

Los hechos irregulares descritos en el diagnóstico merecieron la participación de la Defensoría del Pueblo que solicitó a diferentes instancias activen sus funciones y atribuciones constitucionales a fin de conocer la verdad material al respecto. Así, resulta importante considerar que, por mandato constitucional, la Contraloría General del Estado tiene funciones de supervisión que permiten realizar la revisión de un proceso de contratación en cualquier estado en el que se encuentre el mismo, sin necesidad de esperar su conclusión, por tanto, esta instancia se encuentra facultada para ejercer dicha acción. La Asamblea Legislativa Plurinacional tiene atribución para controlar y fiscalizar a los Órganos del Estado y las instituciones públicas, y finalmente, la Fiscalía General del Estado que tiene facultades para defender la legalidad y los intereses generales de la sociedad, y ejercerá la acción penal pública. En estos casos descritos se obtuvo información oficial sobre el inicio de las acciones respectivas.

En fecha 27 de agosto de 2020, se solicitó formalmente a la Contraloría General y a la Fiscalía General iniciar la supervisión e investigación, respectivamente, sobre la adquisición de 324 respiradores de procedencia china, realizada por el Ministerio de Salud en mayo de este año, presumiblemente, con un sobreprecio de seis millones de dólares.

Resulta importante, entonces, referir que la CIDH en el informe "Corrupción y Derechos Humanos", aprobado el 6 de diciembre de 2019, señaló textualmente sobre corrupción y derechos humanos que: *"Los Estados no pueden cumplir con sus obligaciones en materia de derechos humanos cuando existe una corrupción extendida. Por el contrario, la privación de derechos como la alimentación, la salud, la vivienda y la educación son algunas de las terribles consecuencias que produce la corrupción en los países latinoamericanos. Además, la corrupción estimula la discriminación y agrava la situación socio-económica de las personas que viven en situación de pobreza o de exclusión y de discriminación histórica, impidiendo el ejercicio de sus*



*derechos, tanto civiles y políticos como los DESCAs (...). (...) El área de la salud es uno de los servicios públicos donde se concentra parte importante de los casos de corrupción más graves en la región. El derecho a la salud, tal como lo ha señalado el Comité del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, tiene diversas dimensiones (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad), y respecto de cada una de éstas, la corrupción puede tener un gran impacto". Asimismo, la corrupción mediante el desvío de recursos públicos imposibilita o dificulta que el Estado destine "el máximo de recursos disponibles" a esta área. "(...) De manera general la corrupción dentro del sector de la salud puede darse dentro de tres escenarios, la administración de los recursos públicos destinados para tales fines (asignaciones presupuestales, por ejemplo para la construcción de clínicas y hospitales); manejo y distribución de instalaciones, bienes (insumos, medicamentos, equipo médico) y servicios destinados a la atención de la salud; y la proveniente de la relación entre el personal sanitario y las y los pacientes (...)"<sup>472</sup>*

El Informe emitido por la Asamblea Legislativa Plurinacional, "Campaña Política, Corrupción y Negociado con la Pandemia del Coronavirus COVID-19", ha identificado claramente actos y hechos de corrupción (sobreprecio en la compra, concesión de ventajas ilícitas a favor de terceros, infracción a la norma de compra excepcional, etc.) que evidentemente resulta un antecedente importante en la investigación penal que está a cargo de las autoridades competentes llamadas por ley al efecto; sin embargo, es importante recalcar que aun cuando éstos hechos de forma individual, aislada, constituirían delitos específicos, es importante que las autoridades competentes a cargo de la investigación y sobre todo del juzgamiento de ser el caso, consideren que el escenario de corrupción que vivimos durante la pandemia conllevó de manera muy particular agravantes (no necesariamente legales para ponderación de la posible aplicación de pena privativa de libertad) que riñen con los principios básicos que deben regir la actividad de la administración pública y el actuar de las autoridades; es importante considerar el contexto de la pandemia, la vulnerabilidad de la población en su conjunto ante un mal sin vacuna ni cura científicamente comprobadas y la facilidad excepcional y muy ligeramente reglada para la compra y adquisición de insumos equipos, medicamentos, contrataciones, etc., constituyendo, además, en una actitud altamente censurable más allá de ser o no punible.

Más allá de las responsabilidades y sanciones que puedan generar los procesos penales por la afectación al patrimonio del Estado, estos hechos implican el riesgo de vida y salud de la población boliviana, puesto que la compra de equipos e insumos con presunto sobreprecio ha impedido el acceso a una atención adecuada y oportuna de salud en el contexto de la pandemia. Asimismo, la adquisición de estos equipos para el fortalecimiento de las unidades de UTIs estuvo marcado en tres etapas, la primera con los 500 respiradores de procedencia china; la segunda con 170 de procedencia española; y finalmente, 200 norteamericano, advirtiendo por el estudio realizado que las especificaciones técnicas no cubren con las características que se requieren para el tratamiento de pacientes COVID-19 en fase crítica. Además, los ventiladores de procedencia china durante su uso presentaron fallas, situación que desde la perspectiva del Gobierno central no sería algo por qué alarmarse, puesto que de acuerdo a lo señalado por la ex Ministra de Salud, "todo equipo que se adquiere tiene el riesgo

<sup>472</sup> <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/CorrupcionDDHHES.pdf>



*de presentar fallas”, justificando que “es imposible que antes de ponerlos (entregarlos) podamos adivinar que podrían presentar fallas”<sup>473</sup>. Agravando aún más, la actitud dolosa con la que se actuó en detrimento del patrimonio del Estado pero, sobre todo, en detrimento de la salud y vida de la población.*

Resulta importante mencionar que la Defensoría del Pueblo ha requerido al Ministerio de Salud en su calidad de rector del Sistema Nacional de Salud en la lucha contra la pandemia causada por la COVID-19, informe a detalle sobre los recursos económicos y materiales que en calidad de donación, empréstito u otro análogo hayan ingresado al país para la lucha contra la COVID-19; lamentablemente la reticencia referida previamente que fue exteriorizada por las instituciones del Órgano Ejecutivo del nivel central del Estado para atender los requerimientos de información escrita, se replicaron para este caso también.



### **FALTA DE COLABORACIÓN Y OBSTRUCCIÓN A LAS LABORES QUE DESEMPEÑA LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO**

A objeto de elaborar el presente informe, se solicitó información al Ministerio de Salud en fecha 23 de septiembre de 2020, mediante cite DP-ADCDH-UDC- 108.13/2020 para la remisión de un ejemplar del Plan de Contingencia de Prevención, Atención y Tratamiento de la COVID-19, acompañando, además, una copia del instrumento legal que respalda su aprobación y de los que hubieran aprobado alguna modificación, además del ejemplar de la Guía de Lineamientos Técnicos Sobre la Vigilancia de Eventos Respiratorios Inusitados acompañando una copia del instrumento legal de aprobación de este documento, así como información sobre la normativa que aprueba, tanto el sistema de información de eventos respiratorios inusitados como la

<sup>473</sup> <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/8/28/respiradores-expertos-dicen-que-equipos-chinos-son-basicos-salud-admite-fallas-266023.html>

plataforma de vigilancia, además de su reglamento aprobado en el marco de la estrategia de comunicación de la COVID-19; información sobre la fecha exacta de inicio de la campaña de prevención de coronavirus a nivel nacional; Información sobre la estrategia comunicacional específica que se diseñó, implementó y socializó para el área rural y NPIOCs en la prevención, atención y tratamiento de la COVID-19 a nivel nacional, considerando la diversidad cultural y de idiomas de las diferentes naciones; información sobre si se cuenta con una lista oficial respecto a medicina tradicional (wira wira, eucalipto, matico, entre otros) para prevención, tratamiento y atención de la COVID-19, así como los informes técnicos que se hubieran elaborado y los instrumentos legales con los que habrían sido aprobados, adjuntando copia de los mismos; información sobre la estrategia de dotación de EPP de bioseguridad para el personal de salud a nivel nacional, considerando, asimismo, la periodicidad, cantidad, tipos de equipos (barbijos, batas, guantes, etc.) y sus características; explicación de los motivos por los que no se los brindó oportunamente; información sobre las cantidades totales de pruebas (PCR, rápidas y otras) realizadas desde marzo hasta la fecha, detallando por días y departamentos; acciones de contingencia que se habrían ejecutado ante el colapso en el procesamiento de pruebas en los laboratorios del eje troncal, los motivos por los cuales se habría excluido a los centros de salud de primer nivel en la prevención, atención y tratamiento de pacientes con COVID-19; información sobre la política de uso de medicamentos para tratamiento de pacientes COVID-19; información sobre el Plan de Contingencia, respecto a la administración del personal y en general del recurso humano, médico y administrativo en tiempos de pandemia, considerando la previsibilidad de contagio dentro de los establecimientos de salud; información de la cantidad total de laboratorios instalados a nivel nacional, la fecha del inicio de su funcionamiento y la distribución geográfica de cada uno de ellos, aclarando cuántos laboratorios fueron adquiridos con presupuesto del Estado y cuantos donados, los motivos por los cuales no se instalaron oportunamente laboratorios a nivel nacional pese a los compromisos asumidos como Gobierno central; información sobre la contratación de un seguro para profesionales y trabajadores de salud, relacionada con COVID-19; información sobre el procedimiento para el cobro de la indemnización respectiva y sobre la cantidad de beneficiarios que hubieran recibido efectivamente dicho pago; el criterio técnico para la elaboración del formulario de consentimiento informado para pacientes COVID-19; información respecto al mal estado de una significativa cantidad de respiradores de procedencia china, además adjuntar documentalmente las acciones correctivas que se habrían adoptado; información sobre los montos exactos de dinero que se ejecutó para la prevención, atención y tratamiento de la COVID-19, así como el monto que alcanzó las donaciones recibidas; acciones asumidas en cuanto a la salud mental en el marco de la pandemia por la COVID-19, cantidad de atenciones (datos estadísticos) de apoyo psicológico a la población afectada; y aclarar con precisión la cantidad de fallecidos a causa de falta de oxígeno que se hubiera generado como consecuencia del bloqueo de caminos suscitados en agosto, con documentación de respaldo. En la misma nota, se solicitó la remisión del informe a la Oficina Nacional de la Defensoría del Pueblo.

De igual manera, se remitió requerimiento de información al Viceministerio de Comunicación con CITE: DP-ADCDH-UCD-108.4/2020, sobre la estrategia comunicacional para la generación e implementación de campañas educativas e informativas de prevención, contención y tratamiento de la infección por COVID-19, y su instrumento legal de aprobación; información

sobre la estrategia comunicacional específica que se diseñó, implementó y socializó para el área rural y NPIOCs en la prevención, atención y tratamiento de la COVID-19, considerando la diversidad cultural y de idiomas de las diferentes nacionales. En la misma nota, se solicitó la remisión del informe a la Oficina Nacional de la Defensoría del Pueblo.

Se envió requerimiento de información al Tribunal Supremo de Justicia con CITE: DP-ADCDH-UCD-108.2/2020, sobre la cantidad de procesados y sentenciados por el incumplimiento a las medidas de prevención, a partir de la determinación de cuarentena a nivel nacional, dispuesta mediante Decreto Supremo N° 4199 de 21 de marzo de 2020, a la fecha y en el marco del tipo penal previsto en el Artículo N° 216 del Código Penal. En la misma nota, se solicitó la remisión del informe a la Oficina Nacional de la Defensoría del Pueblo.

De igual manera, se solicitó información documentada al Colegio Médico de Bolivia, con CITE: DP-ADCDH-UCD-108.9/2020, sobre si a nivel nacional y en las respectivas colegiaturas departamentales se recibieron denuncias por cobros excesivos en clínicas privadas o si iniciaron de oficio denuncias que han sido de conocimiento público, en el marco de la atención a pacientes con COVID-19. En la misma nota, se solicitó la remisión del informe a la Oficina Nacional de la Defensoría del Pueblo.

Finalmente, se remitió requerimiento de información a los gobiernos autónomos municipales de las capitales de los nueve departamentos, con CITE: DP-ADCDH-UCD-108.14/2020, respecto a la estrategia comunicacional a nivel municipal que se hubiera aprobado, autorizado y socializado para la prevención, atención y tratamiento de la COVID-19; la fecha exacta de inicio de la campaña de prevención del coronavirus a nivel municipal; el Plan de Contingencia Municipal de Atención y Tratamiento de la COVID-19; los establecimientos de salud de segundo nivel que fueron designados como hospitales centinelas y las fechas de funcionamiento efectivo, así como la capacidad instalada en cuanto a la cantidad de camas y si fuera el caso, la cantidad de UTIs; los motivos por los cuales se habría excluido a los centros de salud de primer nivel en la prevención atención y tratamiento de pacientes con COVID-19; información sobre la dotación de EPP de bioseguridad para el personal de salud a nivel municipal, considerando asimismo la periodicidad, cantidad, tipos de equipos (barbijos, batas, guantes, etc.) y sus características; remisión del reporte estadístico de casos de familiares de fallecidos por COVID-19 que hayan solicitado los servicios funerarios y de cementerios al GAM, en razón a no contar con los recursos económicos necesarios; información respecto a si se habría sobrepasado la capacidad de los cementerios municipales y si se habrían habilitado fosas comunes en virtud al parágrafo III del Artículo 5 del Decreto Supremo N° 4228 de 28 de abril de 2020; las acciones de control que se habría realizado sobre los costos de servicios funerarios y de cementerios brindados por privados desde el mes de marzo 2020 a la fecha; información de la fecha de inicio de rastrillaje en el municipio y la cantidad de rastrillajes realizados, señalando la coordinación que habrían realizado; los datos oficiales obtenidos de los rastrillajes realizados a nivel municipal, respecto a la cantidad total de personas alcanzadas, cantidad total de tomas de pruebas realizadas y cantidad total de positivos, la cantidad total de kits de medicamentos entregados y, finalmente, la instancia que autorizó la lista oficial de estos medicamentos entregados en los rastrillajes municipales. En la misma nota, se solicitó la remisión del informe a la Oficina Nacional de la Defensoría del Pueblo, en

estas notas, no se obtuvo respuesta de los Gobiernos Autónomos Municipales de La Paz, Oruro, Potosí, Cochabamba y Santa Cruz.

De lo expuesto, se evidenció la falta de colaboración del Ministerio de Salud, Viceministerio de Comunicación, Tribunal Supremo de Justicia, Colegio Médico Bolivia y los gobiernos autónomos municipales de La Paz, Oruro, Potosí, Cochabamba y Santa Cruz, que a la fecha de la conclusión de la elaboración del presente informe, no respondieron a los requerimientos de información.

En consecuencia, esta falta de colaboración y obstrucción a las labores que desempeña la Defensoría del Pueblo, vulnera lo dispuesto en la siguiente normativa: 1) Artículo 222 numeral 4 de la CPE que dispone entre las atribuciones de la Defensoría del Pueblo: *“Solicitar a las autoridades y servidores públicos información respecto a las investigaciones que realice la Defensoría del Pueblo, sin que puedan oponer reserva alguna”*; 2) Artículo 223 de la CPE que literalmente señala: *“Las autoridades y los servidores públicos tienen la obligación de proporcionar a la Defensoría del Pueblo la información que solicite en relación con el ejercicio de sus funciones. En caso de no ser debidamente atendida en su solicitud, la Defensoría interpondrá las acciones correspondientes contra la autoridad, que podrá ser procesada y destituida si se demuestra el incumplimiento”* y 3) Artículo 22 de la Ley N° 870, que dispone el deber de colaboración señala que: *“Los Órganos del Estado, las servidoras o los servidores públicos y representantes legales de empresas privadas, mixtas y cooperativas que brinden servicios públicos, a quienes la Defensoría del Pueblo les solicite información concreta, deberán brindarla de manera fundamentada en un plazo de diez (10) días hábiles. En casos de urgencia, este plazo podrá ser reducido a cinco (5) días. La inobservancia del deber de colaboración, será pasible a sanción administrativa y/o disciplinaria”*.

Por lo señalado y fundamentado mediante el presente informe, se advierte el incumplimiento de los Artículos 222 numeral 4) y 223 de la CPE y el Artículo 22 de la Ley N° 870 por parte del Ministerio de Salud, Viceministerio de Comunicación, Tribunal Supremo de Justicia, Colegio Médico Bolivia y los Gobiernos Autónomos Municipales de La Paz, Oruro, Potosí, Cochabamba y Santa Cruz, por no haber dado respuesta ni atendido a los requerimientos de información escritos y documentación solicitada por la Defensoría del Pueblo, siendo estas actitudes de las autoridades de las referidas instituciones, de acuerdo a ley pasibles a la aplicación de sanción administrativa y/o disciplinaria.

#### **IV. CONCLUSIONES**

1. El Estado no asumió medidas efectivas y oportunas para evitar la propagación del contagio del coronavirus en Bolivia, incumpliendo su obligación indeclinable de priorizar la prevención de enfermedades debido a la falta de aplicación y socialización de la Norma Técnica de Procedimientos de Bioseguridad para la Prevención del Contagio de COVID-19, cuya tardía vigencia data de mayo de 2020.

La política de prevención contra la COVID-19 adoptada por el Gobierno central a generado temor en la población, convirtiendo la protección de

un bien jurídico, como es la salud pública, en un discurso que justifique la instrumentalización del derecho penal como herramienta de disuasión y sanción al incumplimiento de las referidas medidas, demostrando la incapacidad de persuasión de las autoridades del Órgano Ejecutivo para el acatamiento de las medidas de prevención asumidas tardíamente.

La prevención contra la COVID-19 en el área rural ha sido limitada en cuanto a su alcance, existiendo barreras de acceso a la información como el idioma que no permitió que la población se identifique ni apropie de las estrategias comunicacionales elaboradas al respecto.

En el caso de las NPIOCs, el Estado afectó y puso en riesgo su integridad, vida y salud, debido a que ha invisibilizado a este grupo dejándolo en desprotección, sin considerar que son poblaciones altamente vulnerables en peligro de extinción, toda vez que la normativa para la prevención del contagio COVID-19, no ha tomado en cuenta la realidad y contexto de este sector, dejando a la discrecionalidad de éstas la adopción de acciones para prevenir la propagación del virus.

2. Se ha limitado el acceso a la salud de la población boliviana en general debido a la política de atención y tratamiento de la COVID-19 asumida por el Órgano Ejecutivo, advirtiéndose:
  - La insuficiente cantidad de centros de salud centinelas designados para la atención de la COVID-19, no ha abastecido la demanda de la población generando colapso en los establecimientos de salud públicos y de la seguridad social a corto plazo.
  - La falta de capacidad instalada y resolutive de los hospitales públicos y de la seguridad social a corto plazo y las ineficaces medidas para fortalecerlas, no han permitido que la población acceda a la atención sanitaria esencial para el tratamiento de la COVID-19.
  - La falta de intervención de los primeros niveles de atención que limitó el alcance para la atención por la COVID-19, especialmente en el área rural.
  - La omisión de la aplicación de la política SAFCI.
  - La falta de planes de contingencia en el subsector público y de la seguridad social a corto plazo han omitido la aplicación de medidas alternativas de tratamiento de la COVID-19.
3. Se ha vulnerado el derecho a la libertad de decidir sobre la aplicación de un determinado tratamiento médico, situación que deja en indefensión al paciente y sus familiares, debido a la ambigüedad, imprecisión y



complejidad técnica del “Formulario de Obtención del Consentimiento Informado para Pacientes COVID-19”.

4. Se puso en riesgo al personal de salud, debido a que la dotación de EPP de bioseguridad por parte del nivel central, ETAs y los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud, fue escasa por no existir disponibilidad, al menos al inicio de la emergencia sanitaria; así lo señalaron más del 50% de los establecimientos de salud alcanzados (del total de 23 hospitales); posteriormente se fue dotando pero en cantidades insuficientes e inadecuadas, sumado a esto se presentaron constantes quejas, reclamos y peticiones de solicitud de mayor dotación de estos insumos, registrándose mayor dotación por parte de donaciones de actores privados nacionales e internacionales, por lo que ningún nivel de Gobierno, ni los propios establecimientos de salud asumieron responsabilidad ante esta vital prioridad de garantizar condiciones de trabajo, denotando abandono al personal de salud.
5. Pese a la situación de vulnerabilidad del personal de salud por la falta de condiciones para la realización de su trabajo, ésta se ha visto agravada ya que en más del 65% del personal de hospitales públicos y de la seguridad social a corto plazo COVID-19 de un total de 23 hospitales a nivel nacional, se ha advertido el retraso en el pago de salarios, vulnerándose el derecho a una justa remuneración; sumado a esto, el reporte del deceso de 140 médicos a nivel nacional refleja el abandono y las condiciones precarias en las que tuvieron que desarrollar sus funciones.
6. Se afectó el derecho a la vida de los pacientes graves de COVID-19, en virtud a que se restringió el acceso a la salud por la falta de fortalecimiento de la capacidad resolutive de las UTIs, considerando que el nivel central del Estado inobservó las recomendaciones emitidas por comités científicos y sociedades técnicas del área en cuanto a la adquisición de ventiladores de procedencia china. El SEDES Cochabamba informó que estos equipos WDH-1 tendrían *“(...) muchas limitaciones entorpeciendo el manejo adecuado del paciente, provocando mayor autoventilador, prolongando su estadía hospitalaria e incluso el deceso (...)”*, además de registrarse fallas; y por otra parte, la no utilización de respiradores de procedencia española, secuestrados por estar sujetos a investigación por presunta corrupción y la falta de información sobre los respiradores de procedencia estadounidense.
7. El Estado ha incumplido su obligación de garantizar la dotación de oxígeno al Sistema Nacional de Salud, cuya demanda se ha incrementado durante la pandemia, siendo insuficiente la provisión de empresas privadas, evidenciándose una dependencia que devela la falta de previsión del Estado, generando la vulneración del acceso a un medicamento esencial vital para



el tratamiento de pacientes COVID-19 en fase crítica. Asimismo, se advierte que en Bolivia no existe una planta de producción de oxígeno y que los establecimientos de salud no cuentan con generadores propios, sumado a esto, existió reacción tardía para agilizar las acciones administrativas para el transporte expedito del oxígeno medicinal, habiéndose emitido la normativa que facilita estos trámites a fines de julio.

8. Se afectó a la economía de la población, en virtud al agio y especulación en la venta de medicamentos, como consecuencia de la inoportuna emisión de una guía rápida de manejo de pacientes con COVID-19 y acciones tardías en el control de mercado interno.
9. El Estado no ha atendido la salud mental de la población, en especial la del personal médico, pacientes y familiares de los mismos, debido a que no existió un plan nacional en el contexto de la COVID-19, esta falta de lineamiento nacional provocó que seis de los nueve SEDES emitieran de manera aislada instrumentos sobre esta temática; los establecimientos de salud buscaron estrategias para atender a pacientes y personal de salud afectados psicológicamente por la pandemia de la COVID-19, aspecto que denota la inobservancia de las recomendaciones de la OMS/OPS y las buenas prácticas de países vecinos por parte del Órgano Ejecutivo.
10. Los rastrillajes como acción preventiva para evitar la propagación del virus fueron realizadas inoportunamente, considerando que según los datos brindados por los SEDES, solamente un departamento (Santa Cruz) habría comenzado esta actividad en el mes de mayo, el resto inició en los meses de junio y julio cuando el país se encontraba en uno de los picos más altos de contagio y, además, tuvieron un alcance mínimo, evidenciándose que en ningún departamento alcanzaron, al menos, ni al 30% de su densidad poblacional, concentrándose en su mayoría solo en ciudades capitales y áreas urbanas, revelando un abandono de las áreas rurales. La falta de lineamientos e improvisación de los rastrillajes generó una dispersión en la finalidad de esta medida preventiva, toda vez que las visitas en su mayoría optaron por la realización de las pruebas rápidas, otros entregaron kits de medicamentos y en menor medida se limitaron a realizar diagnósticos médicos generales.
11. La falta de información clara, así como la tardía puesta en funcionamiento de laboratorios a nivel nacional, denotan una improvisada estrategia nacional de instalación y puesta en funcionamiento de laboratorios en el marco de la atención a la emergencia sanitaria por COVID-19, tomando en cuenta que, según datos del Ministerio de Salud brindados en el mes de junio, solo se contaban con tres laboratorios habilitados en todo el territorio nacional. A finales de julio se reportaban 15 laboratorios, sin embargo, en agosto, la ex Presidenta Jeanine Áñez informó que se habían

habilitado 30 laboratorios en todo el país, sin especificar dónde habrían sido instalados.

12. Se afectó la salud pública en el contexto de la COVID-19, en virtud a que se evidenció que la capacidad resolutoria de los laboratorios a nivel nacional y departamental, fue insuficiente. De acuerdo a los datos entregados por los SEDES, ningún departamento superó el 10% de su densidad poblacional, en la toma y procesamiento de pruebas; y el porcentaje más bajo se registró en el departamento de Potosí, que solo alcanzó al 1% de su población; situación que podría deberse a los distintos problemas que atravesaron los laboratorios a nivel nacional, entre los más recurrentes: la falta de personal por contagios de COVID-19 y la falta de reactivos e insumos de procesamiento. Ante esta situación, en la mayoría de los laboratorios optaron por incorporar mayor personal y doblar turnos de trabajo, sin embargo, el colapso durante el pico de contagios complicó y retardó el procesamiento de pruebas y entrega de resultados, tal es el caso de INLASA que registró demora de hasta dos meses para la notificación con resultados al paciente, situación que no permitió conocer con exactitud el alcance devastador que tuvo la pandemia en el país.
13. La mínima cantidad de pruebas realizadas a nivel departamental y falta de transparencia en cuanto a la cantidad total de pruebas tomadas por día por parte del Órgano Ejecutivo, no permiten conocer si se cumplió las directrices de la OMS, en cuanto a la cantidad y positividad de las pruebas; a esto se debe considerar los distintos reclamos por la carencia de insumos y reactivos para los laboratorios, aspectos que denotan que la provisión y toma de pruebas fue deficiente.
14. El Ministerio de Salud no ha promovido ni realizado estudios científicos para el uso de medios alternativos de tratamiento de la COVID-19, generando que la población proceda a usar estos medios sin una regulación y de manera indiscriminada poniendo en riesgo su salud. En el caso de la medicina tradicional no se contó con una estrategia de promoción para socializar el alcance de sus propiedades curativas o paliativas y de esta manera coadyuvar al tratamiento de pacientes COVID-19.
15. La falta de regulación de los aranceles del subsector privado ha vulnerado el acceso a la atención de salud, como elemento fundamental del derecho a la salud, permitiendo que los actores privados, amparados en una desigual libertad contractual, cometan abusos y arbitrariedades al momento de aceptar o recibir pacientes que adolecían de este virus, particularmente en temas referidos a selectividad en la recepción de pacientes, imposición de requisitos de admisión y cobros exagerados por la prestación del servicio ofrecido.

Los hechos de corrupción denunciados durante la pandemia han agudizado la crítica situación que atravesaba el país en desmedro de la salud de la población aquejada por la COVID-19, así como el detrimento del patrimonio estatal, detectando irregularidades en la adquisición de insumos y equipamiento de salud, lo cual denota la mala fe de las autoridades responsables de dichas acciones que, aprovechando la coyuntura y caos originados por la pandemia a causa de la COVID-19, se valieron tanto de la excepcionalidad para el manejo de recursos económicos del patrimonio del Estado y sobre todo de la emergencia sanitaria, para favorecer su patrimonio personal y privado, actitud que agrava una conducta de por sí tipificada dentro del catálogo de delitos de corrupción.

16. Se advirtió la falta de colaboración y obstrucción a las funciones de la Defensoría del Pueblo, por parte del Ministerio de Salud, Viceministerio de Comunicación, Tribunal Supremo de Justicia, Colegio Médico Bolivia y los gobiernos autónomos municipales de La Paz, Oruro, Potosí, Cochabamba y Santa Cruz, por no emitir respuesta a los requerimiento de información, accionar que incumple lo establecido en los Artículos 222 numeral 4) y 223 de la CPE y el Artículo 22 de la Ley N° 870.

## **V. DETERMINACIONES DEFENSORIALES**

### **RECOMENDACIONES**

#### **A LA ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL**

- Modificar la Ley N° 602 de Gestión de Riesgos y su Decreto Reglamentario N° 2342 incorporando funciones para el COED y COEM como órganos permanentes de prevención de contingencias y emergencias, constituyéndose en instancias técnicas, autónomas y con una estructura institucional para el desarrollo de sus funciones, en el marco del numeral 3 del parágrafo I del Artículo 158 de la Constitución Política del Estado.
- Regular, mediante ley, los límites máximos de aranceles para la prestación del servicio de salud en el subsector privado de salud así como para la dotación de insumos, medicamentos y otros en el referido sector, en el marco de sus atribuciones constitucionales previstas en el numeral 3 del Parágrafo I del Artículo 158 de la Constitución Política del Estado.
- Ejercer fiscalización de todas y cada una de las actividades realizadas, en el marco de la COVID-19, por el Órgano Ejecutivo (Ministerio de Salud, ASSUS), gobiernos autónomos departamentales, gobiernos autónomos municipales, así como de todos los entes gestores de la seguridad social a corto plazo a nivel nacional, en el marco de sus atribuciones constitucionales

previstas en el marco del numeral 17 del Parágrafo I del Artículo 158 de la Constitución Política del Estado.

### **AL MINISTERIO DE SALUD**

- Incorporar la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) a las medidas de prevención y atención de COVID-19, contenidas en la Ley N° 1293 y el Decreto Supremo N° 4205.
- Incluir a los establecimientos de primer nivel de atención en la prevención, atención y tratamiento de la COVID-19, en el marco del parágrafo II del Artículo 10 del Decreto Supremo N° 29601.
- Modificar la Norma Técnica de Procedimientos de Bioseguridad para la prevención del contagio COVID-19, incorporando medidas dirigidas a poblaciones altamente vulnerables, particularmente a las naciones y pueblos indígena originario campesinos (NPIOCs), de acuerdo a lo dispuesto en el numeral 1 parágrafo I del Artículo 81 de la Ley N° 031 Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Báñez".
- Iniciar acciones de responsabilidad contra las autoridades y servidores públicos que no adoptaron de manera oportuna acciones de prevención contra el COVID-19, conforme al numeral 4 del Artículo 235 de la Constitución Política del Estado, Artículo 16 de la Ley N° 2027 Estatuto del Funcionario Público, y Artículos 28 al 35 de la Ley N° 1178 de Administración y Control Gubernamentales (SAFCO).
- Fortalecer el Sistema Único de Salud previsto por la Ley N° 1152 a través de políticas de Estado que puedan enfrentar eficazmente la atención de enfermedades endémicas, de conformidad al inciso I del Artículo 36 de la Constitución Política del Estado y el numeral 10 del Artículo 2 de la Ley N° 1152.
- Emitir reglamentos para el funcionamiento adecuado del SUS, así como para la atención de situaciones de emergencia sanitaria en virtud al inciso e) del Artículo 90 del Decreto Supremo N° 29894.
- Elaborar normativa que se adecue a la excepcionalidad para la adquisición de equipos de bioseguridad, mobiliario, medicamentos, insumos, reactivos, equipamiento y la contratación de recursos humanos para los establecimientos de salud en el marco de la pandemia, de acuerdo al numeral 1 del parágrafo I del Artículo 81 de la Ley N° 031 Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Báñez".

- Asegurar la disponibilidad y provisión oportuna de cantidades suficientes de material de bioseguridad e insumos esenciales de uso del personal de salud; fortalecer su capacitación técnica y profesional en el manejo de pandemias y crisis infecciosas, garantizando la protección de sus derechos y la disposición de recursos necesarios destinados a enfrentar estas situaciones de emergencia sanitaria en todo el Sistema Nacional de Salud de conformidad a lo dispuesto por la CIDH, el Artículo 2 de la Ley N° 1309 que coadyuva a regular la emergencia por la COVID-19 y el inciso e) del Artículo 90 del Decreto Supremo N° 29894 de 7 de febrero de 2009.
- Cumplir oportunamente con los pagos de salarios del personal de salud contratado en el marco del inciso e) del parágrafo I del Artículo Único del Decreto Supremo N° 4224.
- Garantizar la instalación y puesta en funcionamiento de laboratorios a nivel nacional y la provisión de insumos y reactivos para el procesamiento de pruebas, observando las recomendaciones emitidas por la OMS en cuanto a la disposición suficiente de pruebas, en el marco de la atención a la emergencia sanitaria COVID-19 y el Artículo 3 de la Ley N° 1309 que coadyuva a regular la emergencia por la COVID-19.
- Dotar de ventiladores para UTIs de los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención, bajo las características técnicas recomendadas por la OMS e instancias científicas, en el marco del numeral 4 del parágrafo I del Artículo 81 de la Ley N° 031 Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Báñez", parágrafo I del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 4174, parágrafo I del Artículo 4 del Decreto Supremo N° 4201, parágrafo III del Artículo 4 del Decreto Supremo N° 4205, e incisos b) y e) del Artículo 90 de Decreto Supremo N° 29894.
- Garantizar la dotación y distribución de oxígeno para el Sistema Nacional de Salud en el marco de la pandemia, en virtud al Artículo 37 de la Constitución Política del Estado.
- Asegurar el abastecimiento de los medicamentos para el tratamiento de COVID-19 dentro del mercado interno, con el objetivo de evitar agio y especulación, conforme el inciso c) del Artículo 1 de la Ley N° 1737 "Ley de Medicamento".
- Ajustar el Anexo N° 37 (Formulario "Consentimiento Informado para el Tratamiento Farmacológico de Pacientes con COVID-19 - Coronavirus) de la Guía para el Manejo de la COVID-19 elaborado por el Ministerio de Salud, en resguardo del derecho a recibir una información médica adecuada y oportuna para la toma de decisiones libres y voluntarias, de acuerdo al numeral 22 de parágrafo I del Artículo 14 del Decreto Supremo N° 29894, inciso e) del Artículo 13 de la Ley N° 3131.

- Realizar los estudios científicos sobre el dióxido de cloro para dar certidumbre a la población en su uso como medio alternativo para el tratamiento de la COVID-19, conforme al párrafo I del Artículo 103 de la Constitución Política del Estado.
- Elaborar una estrategia de promoción del uso de plantas medicinales para el tratamiento alternativo de la COVID-19, en el marco del numeral 9 del párrafo II del Artículo 30 y párrafo I del Artículo 42 de la Constitución Política del Estado, Artículo 10 de la Ley N° 1293, Artículo 1 de la Ley N° 459 Medicina Tradicional Ancestral de Bolivia, y Artículo 12 del Decreto Supremo N° 4205.
- Elaborar un Plan Nacional de Salud Mental en el marco de la emergencia sanitaria, en cumplimiento a la recomendación de la OMS/OPS y las buenas prácticas de países vecinos, de conformidad al párrafo I del Artículo 15 de la Constitución Política del Estado e inciso k) del Artículo 90 del Decreto Supremo N° 29894.
- Elaborar un protocolo de intervención para los rastrillajes a fin de uniformar el objetivo y las acciones asumidas, en el marco de la rectoría de salud y conforme el Artículo 3 del Decreto Supremo N° 4205.
- Crear un sistema informático para el registro de datos emergentes de los rastrillajes a nivel nacional, en el marco de la rectoría de salud y conforme el Artículo 3 del Decreto Supremo N° 4205.

### **AL MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

- Incorporar dentro del currículo base la enseñanza de métodos y alternativas de prevención de enfermedades a partir de la gestión educativa 2021, en el marco del numeral 3 del Artículo 69 de la Ley N° 070, de la Educación "Avelino Siñani- Elizardo Pérez".

### **GOBIERNOS AUTÓNOMOS DEPARTAMENTALES Y MUNICIPALES**

- Proveer a los Hospitales de segundo y tercer nivel de atención generadores de oxígeno para asegurar el abastecimiento de este líquido medicinal, en el marco de inciso d) numeral 1, e inciso g) del numeral 2 del párrafo III del Artículo 81 de la Ley N° 031 Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Báñez".
- Priorizar la dotación suficiente y oportuna de oxígeno de uso medicinal a los hospitales que atienden pacientes COVID-19 en fase III, disponiendo los recursos necesarios en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 1 de



la Ley N° 1293, Artículo 1 del Decreto Supremo N° 4304, y párrafo II del Artículo 4 del Decreto Supremo N° 4205.

- Programar de manera oportuna y sostenible acciones de búsqueda activa de personas contagiadas de COVID-19 (rastrillajes), garantizando la cantidad suficiente de pruebas masivas y medicamentos, en el marco del párrafo III del Artículo 11 del Decreto Supremo N° 4276, modificado por la disposición adicional única del Decreto Supremo N° 4302.
- Asegurar la disponibilidad y provisión oportuna de cantidades suficientes de material de bioseguridad e insumos esenciales de uso del personal de salud para fortalecer su capacitación técnica y profesional en el manejo de pandemias y crisis infecciosas, garantizando la protección de sus derechos y la disposición de recursos necesarios destinados a enfrentar estas situaciones de emergencia sanitaria en su jurisdicción, de conformidad a lo dispuesto por la CIDH y el Artículo 2 del Decreto Supremo N° 4174.
- Elaborar normativa para la disposición de personas fallecidas por causa de la COVID-19, adecuando a la Guía de Procedimientos para el Manejo y Disposición de Cadáveres de casos de COVID-19, conforme el Artículo 4 de la Ley N° 1309 que coadyuva a regular la emergencia por el COVID-19.

#### **ENTES GESTORES DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE CORTO PLAZO**

- Priorizar la dotación suficiente y oportuna de oxígeno de uso medicinal a los hospitales que atienden pacientes COVID-19 en fase III, disponiendo de los recursos necesarios en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 1 de la Ley N° 1293, Artículo 1 del Decreto Supremo N° 4304, y párrafo I del Artículo 4 del Decreto Supremo N° 4205.

#### **MINISTERIO PÚBLICO DE ORURO**

- Iniciar investigaciones respecto al fallecimiento de cuatro personas de la CNS de Oruro, por presunta falta de oxígeno a raíz de los bloqueos suscitados en el mes de agosto de 2020, conforme a lo reportado por SEDES Oruro y en virtud al Artículo 225 de la Constitución Política del Estado y el Artículo 12 de la Ley N° 260 Orgánica del Ministerio Público.

#### **A LOS SERVICIOS DEPARTAMENTALES DE SALUD**

- Elaborar programas de promoción de la salud y prevención de la COVID-19 con acceso al área urbana y rural, en el marco del inciso j) del numeral 1, párrafo III del Artículo 81 de la Ley N° 031 Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Báñez"

- Reforzar la capacitación en cuanto al manejo, traslado y disposición final del cadáver por las empresas funerarias y entidades involucradas (municipio, en coordinación con la Policía Boliviana y/o las Fuerzas Armadas), de conformidad a la Guía de Procedimientos para el Manejo y Disposición de Cadáveres de Casos de COVID-19.

## **A LOS GOBIERNOS AUTÓNOMOS MUNICIPALES**

- Desarrollar en los centros de salud de primer nivel acciones de prevención contra la COVID-19 en el ámbito de su jurisdicción, propiciando la participación social y corresponsabilidad de otros sectores, conforme al parágrafo II del Artículo 12 del Decreto Supremo N° 29601 SAFCI, e inciso e) numeral 2 del parágrafo III del Artículo 81 de la Ley N° 031 Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Ibáñez"
- Garantizar los procedimientos de actuación ante el fallecimiento por COVID-19, controlar los servicios funerarios y asegurar que familiares de personas fallecidas de escasos recursos puedan acceder a estos servicios, de conformidad al Decreto Supremo N° 4228 de 28 de abril de 2020.

## **RECORDATORIO**

### **AL VICEMINISTERIO DE COMUNICACIÓN**

- Desarrollar en coordinación con el Ministerio de Salud una estrategia comunicacional masiva para la generación e implementación de campañas educativas e informativas de prevención, contención y tratamiento de la infección por coronavirus, en el marco del parágrafo I del Artículo 8 del Decreto Supremo N° 4205 y el inciso b) del Artículo 24 (ter) del Decreto Supremo N° 2457.

### **ENTES GESTORES DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE CORTO PLAZO**

- Disponer de los recursos suficientes y necesarios con la finalidad de priorizar la adquisición de equipos de bioseguridad, mobiliario, medicamentos, insumos, reactivos y equipamiento, así como fortalecer y mejorar la infraestructura para atención, internación y tratamiento, y la contratación de recursos humanos para sus establecimientos de salud a fin de proporcionar oportuna, adecuada y suficiente atención a sus afiliados y asegurados para enfrentar la emergencia sanitaria nacional por el coronavirus COVID-19, conforme al parágrafo I del Artículo 4 del Decreto Supremo N° 4205.

## **GOBIERNOS AUTÓNOMOS DEPARTAMENTALES Y MUNICIPALES**

- Proveer de los equipos de bioseguridad, mobiliario, medicamentos, insumos, reactivos y equipamiento, así como otros suministros y la contratación de recursos humanos para los establecimientos de salud del subsector público para enfrentar la emergencia sanitaria nacional por el coronavirus COVID-19, conforme al inciso d) numeral 1 e inciso g) del numeral 2 del parágrafo III del Artículo 81 de la Ley N° 031 Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Báñez", Artículo 10 de la Ley N° 1152 y parágrafo II del Artículo 4 del Decreto Supremo N° 4205.

## **ASUSS**

- Proveer de los equipos de bioseguridad, mobiliario, medicamentos, insumos, reactivos, equipamiento, así como otros suministros y la contratación de recursos humanos para los establecimientos de salud del subsector público para enfrentar la emergencia sanitaria nacional por el coronavirus COVID-19, conforme al inciso d) numeral 1 e inciso g) del numeral 2 del parágrafo III del Artículo 81 de la Ley N° 031 Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Báñez", Artículo 10 de la Ley N° 1152 y parágrafo II del Artículo 4 del Decreto Supremo N° 4205.
- Controlar la correcta prestación de los servicios de salud institucionales mediante procesos de seguimiento, monitoreo, supervisión y evaluación de calidad de los servicios de salud, instruyendo las medidas preventivas correctivas necesarias, conforme al inciso d) del Artículo 11 del Decreto Supremo N° 3561.



# DELEGACIONES DEFENSORIALES DEPARTAMENTALES Y COORDINACIONES REGIONALES

## LA PAZ

Calle Capitán Ravelo N° 2329  
Edificio Excelsior Piso 5  
Telf.: (2) 2113588

## ORURO

Calle Soria Galvarro N° 5212 entre Tupiza y León  
Telf.: (2) 5112471 - 5112927

## COCHABAMBA

Calle 16 de Julio N° 680 (Plazuela Constitución)  
Telf./Fax: (4) 4140745 – 4140751

## SANTA CRUZ

Calle Andrés Ibañez N° 241  
Telf./Fax: (3) 3338808 - 3111695

## BENI

Calle Félix Pinto N° 68 entre Suárez y 18 de Noviembre  
Telf.: (3) 4652200 - 4652401

## PANDO

Calle Cochabamba N° 86, detrás del templo  
de Nuestra Señora del Pilar  
Telf./Fax: (3) 842 3888 - 71112900

## TARIJA

Calle Ingavi N° 789 Esq. Ramón Rojas, El Molino  
Telf./Fax: (4) 6112441 – 6116444

## YACUIBA

Calle Juan XXIII S/N entre Martín Barroso y Cornelio Ríos  
Telf.: (4) 682 7166 \* Fax: (4) 6822142

## DESAGUADERO

Av. La Paz Esq. Calle Ballivián  
S/N (Ex local Suipacha)

## EL ALTO

Av. Juan Pablo II N° 75 (Altura Cruz Papal)  
Telf.: (2) 2112572 – 211 2573 \* Fax: (2) 2119808

## CARANAVI

Calle Tocopilla S/N Edif. COSAPAC Piso 1  
Telf./Fax: (2) 8243934

## LLALLAGUA

Calle Oruro N° 33 entre Bolívar y Cochabamba  
Telf./Fax: (2) 5821538

## CHAPARE

Calle Hans Grether N° 10  
Telf./Fax: (4) 4136334

## PUERTO SUÁREZ

Av. 6 de Agosto N° 29 entre La Paz y Santa Cruz  
Telf. 67290016

## RIBERALTA

Av. Plácido Méndez, Plácido Molina, Gabriel René Moreno y  
Cosme Gutierrez Manzano 59, Zona A, Distrito 1  
Telf./Fax: 73993148

## SUCRE

Calle J.J. Pérez N° 602 Esq. Trinidad  
Telf./Fax: (4) 6916115 – 6918054

## POTOSÍ

Av. Serrudo N° 143 Esq. Arce, Edificio Renovación (interior)  
Telf./Fax: (2) 6120805 - 6124744

## MONTEAGUDO

Barrio Paraiso, Avenida Costanera S/N.  
Telf. :(4) 6473352

LA PAZ

Oficina Central: Calle Colombia N° 440 - Zona San Pedro Central  
(2) 2113600 - 2112600 \* Casilla 791

 800 10 8004  
LÍNEA GRATUITA

   @DPBoliviaOf



Descargue el material  
escaneando el código QR