

ASPECTOS INTERCULTURALES DE LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD EN BOLIVIA

Susana Ramírez Hita^{1,a,b}

RESUMEN

Este artículo es una reflexión sobre cómo la interculturalidad entendida como el camino para mejorar la salud de la población boliviana, unida al concepto de vivir bien, no está contribuyendo a la mejora de la calidad de vida y de salud de las poblaciones más vulnerables del país. El discurso va unido a la intención de salvar la vida en su más amplio sentido, sin embargo, para ello es necesario la toma de decisiones sobre la salud ambiental y la política extractivista que no son tomados en cuenta en los problemas de salud que afectan a las poblaciones indígenas, población a la que se dirigen los aspectos interculturales de la reforma de salud.

Palabras clave: Salud Ambiental; Salud de poblaciones indígenas; Reforma de la atención de salud, Bolivia (fuente: DeCS BIREME).

INTERCULTURAL ASPECTS OF THE HEALTH SYSTEM REFORM IN BOLIVIA

ABSTRACT

This article is a reflection on how interculturality, understood as the way to improve the health of the Bolivian population and coupled with the concept of living well, is not contributing to improving the quality of life and health of the most vulnerable populations in the country. The discourse is coupled with the intention of saving lives in its broadest sense; however, for this it is necessary to make decisions about environmental health and extractivist policies that are not taken into account in the health issues affecting indigenous communities, a population targeted by the intercultural aspects of the health reform.

Key words: Environmental Health; Health of indigenous peoples; Health care reform, Bolivia (source: MeSH, NLM).

INTRODUCCIÓN

El cambio que propuso el Estado boliviano a partir de la elección de Evo Morales como presidente tuvo características distintas a la revolución de 1952, en donde el nacionalismo revolucionario integraba lo indígena dentro de las clases y eliminaba el término indio reemplazándolo por el de campesino, en el apoyo de la lucha del campesinado contra los terratenientes. Sin embargo, el cambio del actual gobierno está unido a un reconocimiento de los pueblos originarios por recuperar su independencia⁽¹⁾.

En el año 2006 se llevó a cabo la convocatoria de la Asamblea Constituyente boliviana, destinada a descolonizar el Estado mediante la devolución de sus

derechos a las poblaciones originarias. A partir de esa fecha el proyecto de Estado se dirigió a un proyecto nacionalista. El rol del Estado se centraba en garantizar la explotación nacional y pública de los recursos naturales. Como señala Stefanoni⁽²⁾ con un imaginario desarrollista y productivista en donde los hidrocarburos constituyen la clave de industrialización del país.

Desde este marco político, el cambio que se propuso como reforma de salud conllevaba el concepto clave de descolonización que involucraba, por un lado, la descolonización del neoliberalismo, lo que en términos de salud implicaba la descolonización de las propuestas del Banco Mundial, de la Organización Mundial y Panamericana de la Salud (OMS/OPS) y los organismos globales internacionales como la Agencia

¹ Universidad Rovira i Virgili, España.

^a Docente e investigadora en Antropología Médica; ^b licenciada en Antropología Social, doctora en Antropología Social y Cultural (Especialidad en Antropología de la Medicina)

Recibido: 13-10-14 Aprobado: 19-11-14

de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), organismos que habían influido a lo largo de la historia en las decisiones de salud pública y en los programas que se implementaban.

En la nueva constitución se garantizaba la salud universal para toda la población. La propuesta incluía la desmercantilización, al mismo tiempo que proponía el reconocimiento de los saberes ancestrales y de las medicinas tradicionales de los pueblos indígenas, que se insertarían en un nuevo modelo de salud centrado en el concepto de interculturalidad. Esta propuesta se concretó en el año 2006 en el Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI), cuyos términos “familiar” y “comunitario” tenían su origen en la presencia médica cubana en Bolivia, que se incrementó a partir del gobierno del Movimiento al Socialismo (MAS). No solo se importaban médicos cubanos sino que se daban becas a estudiantes bolivianos para que se formaran en Cuba en medicina comunitaria y en diversas especialidades. Esta circunstancia fue uno de los motivos de los conflictos y roces que se generaron entre los médicos formados en Cuba y los formados en Bolivia, ya que tanto el Ministerio de Salud como los profesionales de la salud formados en Cuba establecían diferencias con los médicos locales, algo que incomodaba sin duda al sector médico boliviano. La presencia de la brigada cubana en Bolivia data del año 2005. Integra actualmente a 716 profesionales, 336 médicos, 7 estomatólogos, 343 profesionales y técnicos de la salud y un colaborador del programa Moto Méndez (dirigido a personas discapacitadas) ⁽⁴⁾. En el año 2012 se graduaron 3237 médicos bolivianos en Cuba ⁽⁵⁾.

Mientras el Ministerio de Salud impulsaba la incorporación de pautas culturales a los protocolos de adecuación al parto indígena y la incorporación de terapeutas tradicionales y parteras en los servicios de salud, los médicos cubanos consideraban estas actividades como “un atraso”. La salud intercultural no se exigía en el caso de los profesionales cubanos, surgiendo así una primera contradicción. Sin duda, este aspecto influyó en cómo se fue perfilando la política y la figura del médico SAFCI ⁽³⁾.

El concepto de descolonización y el de interculturalidad fueron centrales en la Nueva Constitución del Estado prueba de ello es que aparecen estos conceptos en muchos de sus artículos. Para concretar las propuestas enunciadas se crearon dos viceministerios, el de descolonización, perteneciente al Ministerio de Culturas y el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad dependiente del Ministerio de Salud y Deportes.

En este proceso de cambio -que pretendía y pretende ser un modelo de propuesta económico, político e ideológico no solo para Bolivia sino como ejemplo de

modelo para Latinoamérica y el mundo, la salud, en su más amplio sentido, nunca fue considerada prioritaria. En la nueva propuesta el concepto de salud se incluía en el concepto filosófico aymara de “vivir bien”, *suma qamaña*. Concepto importante en el discurso político y elemento imprescindible de la construcción filosófica del actual gobierno.

Como la salud no fue, ni es una prioridad fundamental del gobierno, la actual reforma, que incluye medidas de salud universal comenzó a gestarse recién en el año 2011 con la presentación del anteproyecto de ley del Sistema Único de Salud, que se centraba en la atención primaria y la medicina social, a través del Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI). Esta propuesta incluye atención gratuita a todos los habitantes del territorio boliviano que no se encuentran protegidos por el seguro social a corto plazo.

El Sistema Único de Salud propone ampliar la población beneficiaria al grupo etario entre 5 y 59 años, etapa que no contemplaban los programas de salud anteriores: El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), el Seguro de Salud Para el Adulto Mayor (SSPAM) y los programas de Tuberculosis, Chagas, Infecciones de Transmisión Sexual VIH/SIDA, Dengue y Malaria y, posteriormente se agregó el Seguro para Personas con Discapacidad. La nueva propuesta garantiza el derecho a la salud y el acceso universal de todos los habitantes del territorio nacional, con carácter universal, gratuito, integral, equitativo, intercultural, participativo, con calidad y control social de toda la población boliviana. Además, el anteproyecto de ley establece la creación de instancias que garantizan la implementación y continuidad del Sistema Único de Salud, entre ellos el Servicio Nacional de Contratación de Farmacias, que pretende asegurar el acceso de la población a los medicamentos. No obstante, la Ley del Sistema Único de Salud, que debería regular lo establecido en la Nueva Constitución Política del Estado, no ha sido aprobada hasta la fecha.

Entretanto, el 30 de diciembre del año 2013 la Asamblea Legislativa Plurinacional aprobaba la Ley 475 sobre prestaciones de servicios de salud integral, exclusivamente dirigida a los beneficiarios que ya estaban protegidos con los seguros anteriores (SUMI, SSPAM, SIPRUNPCD), es decir, a las mujeres embarazadas, desde el momento de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto; los niños hasta los 5 años; las personas con discapacidad que se encuentren registradas en el sistema informático (difícil de concretar en zonas del país apartadas como la Amazonía); a los que se agregan las mujeres en edad fértil respecto a atenciones de la salud sexual y reproductiva que guarden relación con la maternidad

segura. Se suman, a su vez, algunas prestaciones y la atención de las emergencias ⁽⁶⁾. Esta ley no solo está lejos de lo establecido en la nueva Constitución, sino que reafirma la poca importancia que representa para el actual gobierno la salud de sus ciudadanos.

A pesar de estos esfuerzos, las condiciones actuales en los servicios de salud no han presentado muchos cambios, los enfermos de bajos recursos siguen teniendo problemas para resolver sus enfermedades/padecimientos de cualquier tipo, y para beneficiarse de prestaciones; además, están excluidos del auxilio sanitario, no solo en las áreas remotas rurales, sino en áreas periféricas y en el seno mismo de las grandes ciudades. Evidenciándose un incremento de situaciones dramáticas que afectan a las familias y a la comunidad en su conjunto y que los medios de comunicación han dado en llamar “caritativos de mendicidad para la salud”. En los servicios de salud siguen existiendo serios problemas de gestión, de abastecimiento de medicamentos, y de recursos humanos. De la misma manera, se mantiene la disconformidad de la población frente a un sistema de salud con serios problemas estructurales que no están siendo abordados en profundidad.

En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2003 se registró una tasa de mortalidad materna de 229 por cien mil nacidos vivos ⁽⁷⁾. En el año 2008, según esta misma fuente, la estimación de mortalidad materna (probabilidad calculada siguiendo los procedimientos estándar para construcción de tablas de mortalidad) había subido a 310 por cien mil nacidos vivos. ENDESA 2008 planteaba que no era prudente comparar las cifras de 2003 con el 2008 de mortalidad materna en razón al error estándar de muestreo que introduce el método de las estimaciones de mortalidad materna ⁽⁸⁾. El Ministerio de Salud decidió registrar como dato oficial para el 2008 la mortalidad materna del año 2003, es decir 229 muertes por cien mil nacidos vivos. La tasa nacional de mortalidad infantil en el año 2008 era de 50 por 1000 nacidos vivos, no registrándose casi cambios desde el año 2003 ⁽⁸⁾.

Sin embargo, en el departamento de Potosí, un lugar con serios problemas de contaminación ambiental y pobreza, se registra una tasa de mortalidad infantil por encima de la tasa nacional, con 101 casos registrados por 1000 nacidos vivos. Potosí posee las tasas más altas del país de mortalidad infantil y de la niñez (126 por 1000 nacidos vivos) ⁽⁸⁾. Este departamento fue uno de los primeros en incorporar la salud intercultural centrada en mejorar los índices de mortalidad materna, ya que se consideró el aspecto cultural como central a la hora de explicar los datos. El análisis se centraba exclusivamente en los problemas culturales, no se buscaban otras causas, por tanto no se

investigaba sobre la influencia de la minería, sus accidentes asociados (laborales, suicidios, alcoholismo, violencias, etc.), o la contaminación de las aguas en relación a los índices de mortalidad materna e infantil.

Actualmente, de acuerdo con la ley que se aprobó en el año 2013 de salud integral, los varones siguen desprotegidos por parte del sistema público de salud, salvo que posean una discapacidad, ya que el seguro del adulto mayor está estipulado a la edad de 60 años, la cual no alcanza la mayoría de hombres del departamento de Potosí, con una esperanza de vida de 57 años, la más baja del país ⁽⁹⁾.

LOS ALCANCES DEL VICEMINISTERIO DE MEDICINA TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD

A pesar de esta realidad, el término de interculturalidad fue funcional para el Estado y las asociaciones indígenas, el concepto en el campo de la salud mediaba entre el sistema médico occidental y los sistemas médicos indígenas. La construcción del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad ayudaba a que la propuesta política se viera más sólida y ensamblada en todos los campos importantes de los pueblos indígenas, y uno de ellos es, sin duda, el que se refiere a sus líderes religiosos y sus conocimientos ancestrales.

La ocupación del Viceministerio fue desde un comienzo limitada y desconectada del Ministerio de Salud. Las funciones que ha podido ejercitar, con su reducido y casi inexistente presupuesto, han sido las de acreditar a “médicos tradicionales”, realizar algunos cursos, organizar encuentros y publicar algunos materiales de medicina tradicional (el término de *médico tradicional* confirma la no separación de la biomedicina sino la intención de incorporación del modelo tradicional al biomédico, es decir, la subordinación controlada de lo tradicional a lo considerado científico). Cabe señalar que uno de los logros importantes fue la creación de la Ley de Medicina Tradicional Boliviana -aprobada el 19 de diciembre de 2013- que se plantea como componente del Seguro Único de Salud (SUS), a pesar de que este aún se encuentre en anteproyecto de ley. La aprobación de esta Ley de Medicina Tradicional involucra varios aspectos, entre ellos: la creación de un Registro Único de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana (RUMETRAB) con el objetivo de establecer mecanismos de control al ejercicio y la práctica de la medicina tradicional; la creación del Consejo Nacional de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana (CONAMETRAB), concebido como una instancia de apoyo, fortalecimiento, desarrollo y promoción de la

medicina tradicional y cuyo cometido es realizar acciones intersectoriales. En cuanto a los productos naturales, la ley establece que el registro de vigilancia y de control de la herboristería, así como la venta de productos naturales tradicionales bolivianos estará a cargo de la Unidad Nacional de Medicamentos (UNIMED), a través del Servicio Departamental de Salud (SEDES). Por lo tanto, todo producto natural tradicional boliviano, debe contar con el registro sanitario para su comercialización ⁽¹¹⁾.

Sin embargo, las acciones realizadas por el Viceministerio, en los casi 9 años transcurridos desde su creación, no han influido hasta el momento en la mejora de la calidad de vida de las poblaciones, ni en la calidad de atención, ni en la mejora de las condiciones de salud de la población. Si bien el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad contribuyó a visualizar la importancia de la medicina tradicional en el país y a dar un reconocimiento a los saberes curativos y de cuidado a la salud de los pueblos indígenas, hasta el momento su actividad ha quedado en simples enunciados discursivos y ha contribuido en generar la división y fragmentación de los terapeutas tradicionales y sus asociaciones. Otro aspecto a mencionar es la representación mayoritaria de los terapeutas tradicionales de las culturas quechua y aymara sobre los demás representantes de otros grupos indígenas, sobre todo selváticos. Un elemento que se hará presente en todos los ministerios del gobierno del MAS. Sus representantes son en mayoría quechuas y aymaras, y en mucha menos medida existen representantes de los demás grupos indígenas del país, siendo en ocasiones prácticamente inexistentes.

A finales de los 90 y comienzos del 2000, las cooperaciones internacionales y ONG avaladas por lo establecido en la OPS comenzaron en Bolivia a crear centros de salud con adecuación al parto intercultural, y a incorporar terapeutas tradicionales y parteras en los servicios de atención primaria. En un principio sin remuneración, al entenderse que esta labor era importante exclusivamente como revalorización de los saberes indígenas, al tiempo que representaba un control de la biomedicina a todas aquellas prácticas que escapan a la misma. Los terapeutas tradicionales y parteras debían amoldarse a las condiciones y estructura de los servicios de salud. Con el cambio de gobierno y a lo largo de los primeros años, esta política se acrecentó y fue avalada por el Ministerio de Salud.

Cuando se estableció el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, uno de los anhelos de los terapeutas tradicionales y parteras era que se impulsase el reconocimiento salarial por su incorporación a los servicios de salud, equiparados al

de los profesionales de los servicios de salud primaria donde se encontraban los centros de salud intercultural. Mientras que una partera ganaba en su comunidad entre 150 a 200 bolivianos aproximadamente por parto atendido, en el centro de salud recibía 15 bolivianos por el mismo trabajo y, además debía hacerlo bajo las normas establecidas del servicio de salud que limitaba el accionar tradicional en muchos de sus aspectos. Motivo que generó la deserción de muchas parteras y la disconformidad sobre la manera que se estaba llevando a cabo su incorporación a los servicios ⁽³⁾.

El reconocimiento salarial nunca se llevó a cabo por varias razones, entre ellas, el Ministerio de Salud decidió colocar sus esfuerzos en el Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, que desplazaba a los terapeutas tradicionales por la comunidad en su conjunto. Otorgaba a la población la responsabilidad de participar en los problemas de salud que afectan a sus barrios y comunidades. El interés en situar a los terapeutas tradicionales y a las parteras en los servicios de salud fue abandonado y se colocaba al médico en el centro del trabajo comunitario con la población, de quien se pretendía -entre otras funciones- que fuera un articulador entre los médicos tradicionales, parteras y sanadores en la comunidad. La responsabilidad de la salud se delegó a la población y el médico solo debía ocuparse de que los determinantes sociales de la salud, que influían en la morbimortalidad de la población, se resolvieran en conjunto con la comunidad.

Uno de los elementos de la política SAFCI es la participación comunitaria, entendida como: "la capacidad de las comunidades urbano rurales (indígena, originario, campesino, interculturales, afrobolivianas) de participar directamente en la toma de decisiones en planificación, ejecución, administración, seguimiento y control de las acciones de salud en base a la identificación y priorización de sus necesidades y problemas mediante su representación legítima y organizada" ⁽¹²⁾. Sobre la participación de sectores subalternos, el antropólogo Eduardo Menéndez señala: *Si la mayoría del tiempo, la población subalterna la gasta en sobrevivir, de dónde va a salir el tiempo real para organizarse, quiénes lo pueden hacer, y lo que es más decisivo, durante cuánto tiempo pueden mantener esa actividad organizativa y participativa operada o no en términos autogestivos* ⁽¹³⁾.

Al otorgar la responsabilidad de participar de los problemas de salud a la población, la salud pasaba a ser responsabilidad compartida de la población con el Estado a través del médico SAFCI. Como ya hemos demostrado en otros trabajos ^(3,10,14), el sector Salud en Bolivia culpabiliza a la población del descuido en

prevención, de los deficientes datos epidemiológicos del país y, sobre todo, se responsabiliza a la población indígena, es el otro el culpable de las deficiencias del sistema de salud público. El problema se coloca en la población en tanto que se alega que esta no recurre a los servicios de salud por sus creencias, y que son estas creencias las que impiden mejorar los datos epidemiológicos y la calidad de vida de las poblaciones. El bono Juana Azurduy, por ejemplo, se creó en el año 2009 como incentivo económico dirigido a promover el control prenatal y la atención institucional del parto, ya que la alta mortalidad materna era asociada a la no recurrencia de las mujeres al sistema de salud en los controles prenatales y atención del parto. De tal manera que con esta medida los problemas centrales de salud, como la salud ambiental y territorial, quedaban solapados en el imaginario de la participación comunitaria como la solución al problema.

El Modelo SAFCI se centra en las áreas rurales del país. Señala al médico como líder de la comunidad para realizar todas las gestiones necesarias en torno al ámbito de la salud, incluidas las de investigación, saneamiento de aguas, etc., “como protagonista capaz de coadyuvar a la reconstrucción del poder local de las comunidades”⁽¹⁵⁾. Es decir, con poco tiempo para la atención y sin medios para poder incidir en la mejora de las condiciones de vida y la contaminación ambiental, causante de muchos de los problemas de salud en Bolivia. Sin casi formación y con situaciones precarias para trabajar, sin medios adecuados a su alcance y con un desconocimiento importante de los aspectos culturales propios de las zonas a las que acudían, estos médicos no eran muy bien considerados, ni por las poblaciones, ni por los otros médicos no SAFCI, que no entendían el nuevo proceso de cambio, más centrado en impulsar la consulta popular, que no en mejorar realmente las condiciones de vida de estas poblaciones. El nuevo personal sanitario que debía trabajar en el Modelo SAFCI era capacitado en dos semanas antes de salir a terreno.

¿QUE PODÍA HACER UN MÉDICO SAFCI EN LAS ZONAS DE EXTRACCIÓN DE RECURSOS NATURALES?

En el caso de las zonas mineras o hidrocarburíferas, numerosas en el país, los determinantes sociales de la salud no podían pasar por la mera decisión popular o el interés de mejora del médico SAFCI. Al tiempo que se enviaban médicos SAFCI y médicos cubanos, se seguían explotando los recursos naturales, que contaminaban seriamente el agua y los territorios de muchas comunidades indígenas.

A lo largo de la historia Bolivia ha sido un país de extracción de materias primas y de explotación de recursos naturales, fundamentalmente minerales, hidrocarburos y recursos forestales. Ello implicó una contaminación ambiental que afectaba a territorios y ríos, muchos de ellos con cauces que atraviesan población indígena. La contaminación del agua está presente tanto en ciudades como Oruro o Potosí (ciudades mineras) como en la zona rural, caso de los municipios que rodean la cuenca del lago Poopó (Huanuni, Machacamarca, El Choro y Poopó), el río Pilcomayo que atraviesa poblaciones weeknayek, tapieté y guaraní o el lago Titicaca altamente contaminado y con mayoría de población aymara, por poner tan solo algunos ejemplos. Las condiciones actuales de los recursos hídricos están fundamentalmente causadas por la minería, así como por la agricultura y su uso de agrotóxicos⁽¹⁶⁾.

El rubro agroalimentario nacional no está al margen de la salud de la población. El cultivo de la soja es el segundo rubro de exportación después del gas y representa el 19% de todas las exportaciones de Bolivia⁽¹⁷⁾. La soja transgénica resistente al glisofato fue autorizada en el año 2005 en el gobierno de Carlos Mesa. En ese año, la Asociación de Productores oleaginosas y trigo (ANAPO) anunció el cultivo de 200 mil hectáreas de soja transgénica⁽¹⁸⁾. Como denunciaba Catacora en el año 2006: *Solo en la Chiquitania boliviana 650 mil hectáreas han sido deforestadas para este cultivo, sin respetar el uso de plan de suelos, áreas protegidas ni territorio indígena (...) la contaminación química y el trato inadecuado de la tierra ya han degradado 300 mil hectáreas de suelo*^(19,20).

Los agroquímicos que se usan en las plantaciones son: el glisofato, el endocufan y el carbenzamin, todos ellos afectan a la salud humana y ambiental, mientras que contribuyen a la pérdida de soberanía alimentaria, ya que la masificación de un solo cultivo y la degradación de los suelos hacen necesaria la importación de alimentos. En la nueva Constitución Política del Estado, en el artículo 255, se prohíbe la importación, producción y comercialización de transgénicos, sin embargo, el artículo 409 señala: *La producción, importación y comercialización de transgénicos será regulada por ley*⁽²¹⁾. En la actualidad, y según datos de ANAPO, el 100% de la soja producida en el país es transgénica mientras que, en el año 2013, 890 000 hectáreas habían sido cultivadas en el departamento de Santa Cruz⁽²²⁾.

Según señala Berterretche en Bolivia: *Esta soja se la incluye en el paquete alimentario del subsidio prenatal y de lactancia. De la misma forma, no existen reglamentaciones estrictas*

sobre el rotulado de los alimentos basados en transgénicos. El 75% del aceite consumido por los bolivianos tiene origen en la soja transgénica. Lo que significa una clara amenaza para la salud pública nacional⁽²³⁾.

La contaminación ambiental viene desarrollándose a lo largo de la historia de colonización, se perpetuó después de la independencia y sigue perpetuándose en la actualidad, a pesar del discurso permanente de la defensa de la madre tierra del presidente Evo Morales.

La paradoja se encuentra en que con los impuestos directos (IDH) y las regalías de los hidrocarburos se financia una parte importante de la salud de los habitantes mientras que, paralelamente, esta misma salud se deteriora a causa de la contaminación a la que están expuestos por la extracción de recursos naturales. En estos días, el programa de gobierno anunciaba para el 2015-2020 la realización de exploración hidrocarburífera en zonas "no tradicionales", es decir en la Amazonía en los departamentos de Beni y Pando. Con el argumento de que, de esta forma, estos departamentos contarán con más regalías, sin tener en cuenta que con esos fondos tendrán que hacer frente a los problemas de salud si se implementa la iniciativa⁽²⁴⁾. La pregunta que queda sin resolver es ¿qué va a pasar cuando se agoten las reservas de los hidrocarburos en el país?

Si bien se plantea una transformación, el cambio se produce en la nacionalización y con ello las ganancias quedan en territorio boliviano. Sin embargo, se sigue perpetuando el sistema de desarrollo en el que priman los aspectos económicos y de explotación de los recursos naturales antes que la vida en su más amplio sentido. En la mayoría de los casos, en las zonas donde mayores riquezas tiene el suelo boliviano están asentadas comunidades indígenas. No obstante, la descolonización en la que se basa el gobierno no contempla la descolonización extractivista, sino el cambiar un extractivismo extranjero por uno nacional. Continúa el colonialismo interno, que se impone a todo el país justificando la contaminación ambiental, en una propuesta política de cambio pensada más desde la lucha obrera/campesina que desde lo indígena aunque ambos conceptos se entremezclen en el discurso.

CONCLUSIONES

La reforma de salud en Bolivia se planteó como proceso de cambio. Hasta el momento, el cambio anunciado se ha concretado en transformaciones ideológicas y políticas importantes, como el considerar la salud un derecho y no una mercancía, e incorporar la Ley de Medicina Tradicional. Sin embargo, ese proceso de cambio propuesto en el discurso, no ha modificado la realidad de inequidad social que afecta a la población fundamentalmente de bajos recursos, que sigue muriendo por falta de centros de salud resolutivos o que lo hace en los hospitales al no tener recursos para afrontar intervenciones o tratamientos. Las deficiencias de la estructura sanitaria no podrán ser resueltas si la actual reforma no va acompañada de voluntad política para modificar profundamente las condiciones de los servicios de salud y los recursos humanos que atienden esos servicios. El actual sistema de salud no está en condiciones de responder a las múltiples demandas de la población, por lo que la participación social en salud termina convirtiéndose en una frustración para las comunidades y los ciudadanos. La participación comunitaria es importante siempre y cuando la base de la sanidad pública disponga de condiciones sólidas y cuente con capacidad resolutiva.

La salud ambiental va unida a la pobreza e influye en la baja esperanza de vida y en muertes evitables. Es necesaria la implementación de medidas ambientales que ayuden a mejorar la salud de la población, ligada a la tierra y el agua. Es difícil hablar de soberanía alimentaria cuando simultáneamente, se favorece la deforestación de bosques, la producción agrícola transgénica o se mantienen ríos contaminados que riegan la producción agrícola. El concepto de interculturalidad se sustenta en un discurso de descolonización que, apoyado en un modelo económico extractivo, no garantiza el vivir bien.

Agradecimientos: a Constanza Forteza por la revisión del texto.

Fuentes de financiamiento: autofinanciado.

Conflictos de interés: la autora declara no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Poupeau F. La identidad aimara. Herencias y ambivalencias de una construcción política. En: Lomné G. De la política indígena, Perú y Bolivia. Lima: IEP/IFEA; 2014: 40-70.
2. Stefanoni P. **Siete preguntas y siete respuestas sobre la Bolivia de Evo Morales**. Nueva Sociedad. 2007 May-Jun:46-65
3. Ramírez Hita S. **Calidad de atención en salud: Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechuas y aymaras del altiplano boliviano**. La Paz: OPS/OMS; [2009] 2010.
4. Ministerio de Relaciones Exteriores. Embajada de Cuba en Bolivia [Internet]. La Habana: MINREX; 2014 [citado el 25 de setiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.cubadiplomatica.cu/bolivia/Inicio/tabid/6543/ctl/Details/mid/10731/ItemID/36598/Default.aspx>
5. La Razón. Brigada médica cubana en Bolivia atendió en 6 años 58 millones de consultas [Internet]. La Paz: La Razon; 2013 [citado el 25 de setiembre del 2014]. Disponible en: http://www.la-razon.com/sociedad/Brigada-Bolivia-atendio-millones-consultas_0_1759024183.html
6. Bolivia, Estado Plurinacional de Bolivia. Ley N° 475, de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia [Internet]. La Paz: Estado Plurinacional de Bolivia; 2013 [citado el 4 de octubre de 2014]. Disponible en: [http://www.sedeslapaz.gob.bo/pdf/juridica/Decreto%20Supremo1984%20\(30-04-2014\).pdf](http://www.sedeslapaz.gob.bo/pdf/juridica/Decreto%20Supremo1984%20(30-04-2014).pdf)
7. Ministerio de Salud y Deportes, Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003 [Internet]. La Paz: MSD-INE; 2003. [citado el 25 de setiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nendsa24506.pdf>
8. Ministerio de Salud y Deportes, Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008 [Internet]. La Paz: MSD-INE; 2008. [citado el 3 de octubre de 2014]. Disponible en: [http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR228/FR228\[08Feb2010\].pdf](http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR228/FR228[08Feb2010].pdf)
9. ine.gob.bo [Internet]. La Paz: Instituto Nacional de Estadística; 2014 [citado el 8 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.ine.gob.bo/indice/visualizador.aspx?ah=PC20131.HTM>
10. Ramírez Hita S. Salud Intercultural. Crítica y problematización a partir del contexto boliviano. La Paz: ISEAT; 2011.
11. Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana. Ley N° 459. (19 diciembre de 2013). [citado 20 setiembre de 2014] Disponible en: <http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/bo/bo043es.pdf>
12. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. Salud Familiar Comunitaria Intercultural [Internet]. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2009 [citado el 7 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.mariestopes.org.bo/webassets/documentos/SAFCI_version_didactica.pdf
13. Menéndez E. Prácticas populares, grupos indígenas y sector salud; articulación cogestiva o los recursos de la pobreza. Publicar. 1994;(4). 7-32.
14. Ramírez Hita S. **Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud de la ciudad de Potosí**. La Paz: Cooperazione Italiana, Fondazione Angelo Celli; [2005] 2010.
15. Ministerio de Salud y Deportes. **Modelo Sanitario: Salud Familiar Comunitaria Intercultural**. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2008.
16. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas [Internet]. Wasington DC: OMS-OPS; 2013 [citado el 6 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=24&option=com_content
17. Pardo M, Gudynas E; Observatorio del Desarrollo. Soja en Bolivia la encrucijada entre mercados, tecnologías e impactos [Internet]. Montevideo: OD; 2005 [citado el 30 de setiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.agropecuaria.org/observatorio/OdelDSojaBolivia05.pdf>
18. Asociación de Productores de Oleaginosas y Trigo. Memoria Anual 2005. Santa Cruz: ANAPO; 2006.
19. Catacora G. Soja en Bolivia: Producción de oleaginosas y dependencia. En Rulli J. Republicas unidas de la soja [Internet]. Asunción: GRR; 2007 [citado el 3 de octubre de 2014]. Disponible en: http://lasojamata.iskra.net/files/soy_republic/1Prologo_ExpansionSoja_JavieraRulli.pdf
20. Catacora G, Francois J. Soja convencional y transgénica en Bolivia: ¿Quiénes realmente se benefician? [Internet]. La Paz: AIS; 2006 [citado el 1 de octubre de 2014]. Disponible en: http://cd.planet-diversity.org/fileadmin/files/planet_diversity/Programme/Workshops/GMO-latin-America/Soya_en_Bolivia_Quienes_se_benefician_Feb_06.pdf
21. Asamblea Constituyente de Bolivia. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia [Internet]. La Paz: Asamblea Constituyente de Bolivia; 2009 [citado el 2 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.harmonywithnatureun.org/content/documents/159Bolivia%20Consitucion.pdf>
22. Asociación de Productores de Oleaginosas y Trigo. Productores de oleaginosas y trigo. ANAPO en cifras 2013 [Internet]. Santa Cruz: ANAPO; 2013 [citado el 30 de setiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.anapobolivia.org/estadistica.aspx>
23. Berterretche J.L. El enclave sojero de Sudamérica. Sept 2014 [Internet]. Buenos Aires: ARGENPRESS; 2014 [citado el 1 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.argenpress.info/2013_09_16_archive.html
24. HoyBolivia. Gobierno invertirá \$us 300 millones en exploración hidrocarburíferas en regiones no tradicionales [Internet]. La Paz: HoyBolivia; 2014 [citado el 30 de setiembre de 2014] Disponible en: [http://www.hoybolivia.com/Noticia.php?IdNoticia=122975&tit=gobier_no_invertira_\\$us_300_millones_en_exploracion_hidrocarburifera_en_regiones_no_tradicionales](http://www.hoybolivia.com/Noticia.php?IdNoticia=122975&tit=gobier_no_invertira_$us_300_millones_en_exploracion_hidrocarburifera_en_regiones_no_tradicionales)

Correspondencia: Susana Ramírez Hita

Teléfono: 963737302.

Dirección:

Correo electrónico: susanaramirez@hotmail.com