

Mobilización popular por la salud en Bolivia

Javier Torres Goitia T.

Resumen

Se presenta la experiencia de una política de salud democrática y participativa que pudo aplicarse exitosamente en Bolivia simultáneamente con la recuperación de la democracia después de 18 años de gobiernos de facto y dictaduras militares. Esta experiencia estuvo inspirada en los conceptos emergentes de la medicina social y tuvo como base una forma de concebir la participación popular en salud muy diferente a la tradicional que busca que la población coopere con los servicios. Lo que la experiencia boliviana señala es que son los profesionales del área de salud los que deben cooperar con la población en la conquista de sus reivindicaciones y derechos, uno de los cuales es el Derecho a la Salud. Se analiza el importante papel que cumplieron los Comités Populares de Salud por un lado y médicos especialmente capacitados por otro, para acometer una serie de movilizaciones que lograron impactos importantes como la desaparición del bocio endémico que afectaba al 65.5% de la población escolar, la reducción de la mortalidad infantil de 200 por mil a 75 en un período de 10 años, la desaparición de enfermedades inmunoprevenibles como la poliomielitis y el sarampión y otros avances importantes.

Palabras clave: Derecho a la salud, Comités Populares de Salud, Desarrollo rural en Bolivia

Abstract – Popular Mobilization for Health in Bolivia

The article presents the Bolivian experience of a successful, democratic and participative health policy that could be applied in the country simultaneously with recovering democracy, after eighteen years of de facto governments and military dictatorships. The experience was inspired by the emerging concepts of social medicine. It had its roots in a manner of conceiving popular parti-

cipation within health that was very different from the traditional way that seeks to get the population to cooperate with health services. The Bolivian experience points out that the professionals in the field are the ones that should cooperate with the population in the process of realizing vindications of rights, one of which is the Right to Health. The authors present an analysis of the important role played by the Comités Populares de Salud (Popular Health Committees) and by specialized health professionals in pursuing a series of mobilizations that achieved important health milestones. Some examples of these milestones are the disappearance of endemic goiter that affected 65.5% of the population of school age, the reduction of the infant mortality rate from 200 per thousand to 75 per thousand live births in a ten year period, the disappearance of immune preventable illnesses such as poliomyelitis and measles, along with other important advances.

Key words: Right to Health, People's Committees of Health, Rural Development in Bolivia.

Javier Torres Goitia T. Boliviano. Médico Cirujano con especialidad en Pediatría y Salud Pública. Director de la Maestría en Gobierno y Gestión de la Salud Pública y de las especialidades en Salud Sexual y Reproductiva y en Salud de Adolescentes. Universidad Andina Simón Bolívar. Proyecto Salud Reproductiva Nacional, GTZ. Ministro de Previsión Social y Salud Pública por primera vez 1971 y por segunda ocasión en 1982-1985. Embajador Plenipotenciario de Bolivia en México en 1980. Consultor de OMS/OPS de UNICEF y UNFPA en varios países de 1985 a 1993; torresgoitaj@gmail.com

En una de las etapas de la convulsionada vida política y social de Bolivia, se produjo la llamada recuperación del proceso democrático en octubre de 1982. Un largo período de dictaduras militares en casi toda América del Sur había desarticulado a los partidos políticos, impulsando la violencia y frenando el desarrollo. La democracia constituía una esperanza de progreso para Bolivia. Con ella, se podía pensar en solucionar los graves problemas vinculados a una secular inequidad y falta de desarrollo económico y social.

El primer gobierno de este proceso enfrentó lo que significó una compleja reconstrucción institucional y reordenamiento de la economía. A pesar de los obstáculos, hubo logros trascendentes en el área de la salud. Logramos transformar la política asistencialista por una democrática y participativa, vinculada al desarrollo de la población. La esencia de este cambio se mantuvo más allá del período de gobierno y permitió alcanzar metas no superadas hasta la fecha.

En un lapso de diez años, junto con la desaparición del sarampión, la poliomielitis y otras enfermedades inmunoprevenibles eficazmente combatidas con campañas de vacunación masiva; se llegó a disminuir la mortalidad infantil en más del 50%; de 200 por mil que se calculaba para el año 1982 bajó a 75 por mil en 1990. Por otro lado, en 1996, Bolivia fue certificada por UNICEF como libre de carencia de yodo, siendo que el bocio endémico llegó a afectar al 65.5% de la población escolar. Se establecieron guarderías infantiles populares, atendidas solidariamente por madres voluntarias de los Comités Populares de Salud.

Junto a las organizaciones populares, y en cogestión con ellas, desarrollamos programas masivos de alimentación complementaria para combatir la desnutrición infantil. Una participativa política de medicamentos logró rebajar el precio de los fármacos en más del 50% gracias a la introducción de medicamentos genéricos y a la estructuración de farmacias populares (Torres Goitia, 1993:155-165).

Impactos tan importantes en uno de los países de menor desarrollo en el continente constituyen una experiencia digna de estudio para orientar el saber y la práctica de la salud pública y la medicina social actuales. ¿Cuáles fueron sus fundamentos teóricos, sus antecedentes? ¿Sobre qué bases conceptuales se sustentó esa política? ¿Cuáles son los hechos más destacables de la experiencia?

A pesar de no contar con un adecuado registro documental que facilite una evaluación ordenada de los procesos y resultados de la época, podemos concluir que la comunicación fue la columna vertebral de nuestro quehacer diario (Freire, 1976). Como nuestra formación profesional no corresponde al ámbito de la ciencia de la comunicación, presentaremos esta experiencia como un testimonio desde nuestro campo de acción: la nueva salud pública y la medicina social.

Fundamentos teóricos

Un nuevo pensamiento cambió la política de salud asistencialista por una política enraizada en la defensa colectiva de la salud. Vinculando la salud a las reivindicaciones sociales y a la lucha por lograr el bienestar general, llegamos al convencimiento de que ésta, como otros derechos sociales, se conquista; no se recibe de regalo ni se compra.

Esta nueva conceptualización de la salud y de la enfermedad cambió también el sentido de la comunicación (Beltrán, 2000). Habitualmente, la comunicación en salud o para la salud, era vista como un instrumento para

llegar a la población con algo que ésta debe aceptar. Se utilizaba entonces a la comunicación como una ciencia y unas técnicas para promover un consumo determinado o para inducir la adopción de conductas predefinidas como favorables. En nuestro caso, no hubo nada parecido; en ningún momento apelamos a una comunicación unidireccional ni pretendimos educar a la población con procesos elitistas y autoritarios tan criticados por Paulo Freire como “educación bancaria” (Freire, 1973).

Nosotros, como trabajadores de la salud, nos incorporamos a las organizaciones populares para compartir con ellas el esfuerzo por consolidar políticamente la democracia buscando las máximas ventajas en favor del mejoramiento de la calidad de vida. Aprendimos, quizá más de lo que pudimos enseñar. Recurrimos a la comunicación de doble vía, recogiendo no sólo las aspiraciones populares, sino la enorme sabiduría de los que aparentemente menos saben, ésa que muchas veces queda ignorada, porque no tiene oportunidad de hacerse escuchar.

La recuperación del proceso democrático fue el eje central del diálogo de ida y vuelta. Todos sabíamos que la dictadura, aun temporalmente derrotada, podía volver. Reforzar la democracia con armas estaba al margen de nuestros principios. En un contexto en el que no era posible operar los cambios económicos en un plazo inmediato, entendimos que en el campo de la salud era posible mejorar aspectos concretos con sólo potenciar esfuerzos compartidos (vacunar, informar). En síntesis, podíamos aportar mucho a la libertad y a la democracia con la defensa del derecho a la salud.

La nueva relación entre el sector institucional y las organizaciones populares, en medio de circunstancias políticas, económicas, sociales y la conciencia de haber logrado derrotar a la dictadura, recuperando la libertad sin matar ni herir a nadie, contribuyó a la maduración de conceptos de medicina social, en aquel entonces emergentes. Se consolidó la defensa colectiva de la salud, como categoría diferente a la de atención médica y tomó fuerza la comprensión de la salud como derecho a conquistar por la sociedad, solidariamente unida.

Antecedentes históricos

La inequidad y la exclusión social en Bolivia no son hechos coyunturales atribuibles a eventuales aciertos o desaciertos en la administración pública. Han existido desde la colonia tan fuertemente enraizados que su solución demanda un esfuerzo sostenido y racionalmente compartido por toda la sociedad.

La colonización española en las Américas tomó formas particulares y más conflictivas en la medida en que las civilizaciones precolombinas con las que se enfrentó estaban más desarrolladas. Mientras en las zonas geográficas semidesérticas o habitadas por “salvajes”, la conquista española trasladó casi mecánicamente su organización, costumbres y modos de producción de la época, en las zonas donde existían grandes imperios, la situación fue diferente. El investigador peruano Carlos Mariátegui sostiene que el imperio español avasalló al imperio incaico “con una empresa militar y eclesiástica más que política y económica”. Explica que las comunidades agrícolas, sedentarias, laboriosas y disciplinadas, vieron truncado su desarrollo y desarticulado su sistema sin que éste fuera remplazado por otro que mejor ni la economía ni su desarrollo social (Mariátegui, 1975:2).

Este sistema sostenido con pequeñas variantes durante la época colonial, continuó con pocas modificaciones durante la república. La guerra de la independencia obtuvo la liberación de España, pero el régimen feudal continuó, no sólo con marginados sino con la exclusión de grandes sectores de la población, fundamentalmente indígena. Esta situación se mantuvo, con grave deterioro del desarrollo industrial y económico hasta más de ciento veinticinco años después de que se fundara la república en 1825.

Recién en 1952, la Revolución Nacional protagonizada por la insurgencia popular aglutinada en el Movimiento Nacionalista Revolucionario, provocó uno de los más fuertes cambios hacia la equidad con tres medidas que modificaron la fisonomía del país: la nacionalización de las minas, la reforma agraria y el voto universal.

La cuantiosa riqueza minera del país concentrada en la propiedad de tres empresarios, llamados “los barones del estaño”, permitía a éstos elegir o sustituir presidentes de la república de acuerdo a sus intereses económicos. Las grandes haciendas de producción agrícola estaban también concentradas en pocos latifundistas que al disponer de mano de obra gratuita de siervos sometidos a un régimen feudal, descuidaban hacer inversiones para incrementar su producción y no contribuían al desarrollo. Este anacrónico sistema era sostenido por una política en la cual el voto estaba concentrado en esa misma minoría. Para ejercer ese derecho, se requería saber leer y escribir así como pagar impuestos por alguna propiedad debidamente registrada. No votaban las mujeres de ninguna clase social, ni los labradores del campo, ni los trabajadores que vivían solamente de un salario.

La Revolución Nacional revirtió la propiedad de las empresas mineras al Estado, distribuyó la tierra de las grandes haciendas entre aquéllos que la trabajaban gratuitamente para el patrón y estableció que el trabajo rural fuera remunerado en igual forma que en el área urbana. El voto universal instauró una democracia representativa generalizando el derecho al voto a toda la población sin restricciones.

Estos grandes cambios fueron complementados con otros en el campo de la salud, la educación, la articulación vial del país, construcción de viviendas. Lamentablemente, errores internos y presiones externas detuvieron el proceso revolucionario en 1964 y abrieron paso a regímenes de fuerza que se prolongaron hasta octubre de 1982, cuando un acuerdo civil militar, todavía con restricciones, permitió iniciar el proceso democrático que se mantiene hasta el presente.

Antecedentes inmediatos

A partir de 1971, los regímenes de fuerza operan con mayor violencia, expulsando del país a dirigentes sindicales, profesionales, universitarios e intelectuales en general. Como las dictaduras militares se instalaron simultáneamente en la mayoría de los países latinoamericanos, un enorme grupo de exiliados confluimos primero en Chile y después del golpe de Pinochet, en México. Los nuevos conceptos médico-sociales estaban en pleno proceso de maduración y México, en particular, se constituyó en un escenario de debate internacional y de construcción de un nuevo pensamiento sobre el saber y la práctica médica.

Por otro lado, el exilio también nos permitió estrechar vínculos fraternos entre bolivianos y debatir sobre problemas sociales y políticos de nuestro país.

En estas condiciones, cuando asumí la función de Ministro de Salud en el primer gobierno de recuperación democrática, tenía a favor, por un lado, un bagaje teórico con innovadores conceptos de medicina social y por otro, la cercanía afectiva de líderes populares del país que habían retomado la conducción de importantes organizaciones como la Central Obrera Boliviana y la Asociación de Periodistas.

Bases para la política de salud

del Gobierno Democrático y Popular

Al inicio de la gestión, desde el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, convocamos a todas las organizaciones sociales que se estaban reestructurando: Central Obrera Boliviana, Confederación Única de Trabajadores Campesinos, Confederación de Trabajadores de Salud, Colegio Médico de Bolivia, Universidad Mayor de San Andrés, Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana, Confederación Universitaria Boliviana, Federación de Estudiantes de Secundaria, Asociación Boliviana de Facultades de Medicina, Federación de Juntas Vecinales, Federación de Clubes de Madres, Secretaría de Deportes y Juventudes, Confederación de Estudiantes Normalistas Urbanos y Rurales, Federación de Mujeres Campesinas de Bolivia.

Resulta fácil observar la composición plural de esta confluencia de voluntades, a la que concurrían tres o más delegados por institución, sin más límite que su propia decisión de participar en la defensa colectiva de la salud. Esta especie de asamblea incluyó a entidades directamente relacionadas con la salud y se enriqueció con otras aparentemente menos vinculadas con ella. Todos se enteraron de las dramáticas condiciones de salud de la población boliviana: la mitad de las defunciones correspondían a menores de 15 años; la expectativa de vida sólo llegaba a 48 años (mientras que para los países desarrollados era de 72 años); la mortalidad infantil se calculaba en aproximadamente 200 por mil; la desnutrición, tuberculosis y en general las enfermedades de la pobreza eran prevalentes.

No sólo se describían los hechos sino que se buscaban sus determinantes y se analizaba la posibilidad de actuar sobre ellos. Concluida la etapa de diagnóstico, se pasó a la elaboración del documento constitutivo de la gestión: *Bases para la Política de Salud del Gobierno Democrático y Popular* (Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, 1983). Este documento, intensamente debatido por los diferentes sectores y aprobado por consenso general, sirvió de norma para las acciones tanto de las organizaciones sociales como de todo el sector salud. Recoge los principios y conceptos sobre la salud que sirvieron de fundamento para el trabajo colectivo; hace un resumen de la situación de salud de aquel entonces y del sector institucional existente en cuyo marco se estableció un plan de acción inicial que fue celosamente cumplido y posteriormente ampliado de acuerdo a las necesidades identificadas. La unidad de criterios entre las instituciones del gobierno y las organizaciones sociales se reforzó conforme avanzaban los

debates. Esta unidad potenciaba además la fuerza del sector, el cual logró un alto grado de hegemonía dentro y fuera del gobierno. El propio Presidente de la República suscribió el siguiente mensaje de presentación:

Toda la actividad partidaria, desde la lucha tenaz en la oposición contra los abusos de poder y el narcotráfico, hasta los desvelos actuales de nuestro gobierno por responder con eficacia al mandato recibido de las mayorías nacionales, están dirigidos a conseguir el máximo bienestar posible para todos los bolivianos, con mayor urgencia para los más postergados.

Esta dura batalla contra el hambre, la pobreza y la enfermedad, es, en síntesis, la lucha por la salud del pueblo boliviano.

El gobierno encara con responsabilidad esta lucha asociándola además al gran esfuerzo que debemos hacer por expandir el conocimiento y la cultura y vencer también paralelamente el analfabetismo (Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, 1983:3).

El documento consensuado señala:

La medicina social involucra un cambio cualitativo, no sólo cuantitativo y su diferencia parte de considerar la salud y la enfermedad no como estados aislados y diferentes sino como partes integrantes de un proceso, el cual está además integrado dentro del proceso económico social que es su determinante, que varía históricamente con él, pero que además influye sobre él, dialécticamente. Conceptualizada así la medicina, su práctica es, fundamentalmente, una actividad social y no sólo biológica, y sus metas no se limitan a los cómputos del rendimiento de las camas hospitalarias, o de la hora médica, sino a cambios también cualitativos de la sociedad que se traduzcan en mejores niveles de vida, de cultura y del ejercicio de libertades democráticas a todo lo cual se añade menor morbilidad y mortalidad (Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, 1983:12-13).

El documento sostiene enfáticamente el derecho a la salud de la población y el deber del Estado de garantizarlo, destaca la importancia de la colectividad organizada como motor fundamental en la solución de los múltiples problemas sociales, la salud entre ellos. Señala la importancia de una alianza de clases, hegemonizada por trabajadores y campesinos. Afirma que la meta de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “**SALUD PARA TODOS**” (OMS. Alma-Ata, 1978) sólo se podrá cumplir **CON TODOS**. En consonancia, las movilizaciones populares adoptaron como lema: **SALUD PARA TODOS CON TODOS**.

Como Ministro de Salud, en la presentación que hice del documento básico puntualizo los nuevos conceptos de la medicina social, el sentido de la participación y la necesidad de concebir la salud como parte de las reivindicaciones integrales de toda la sociedad:

La medicina es una ciencia social y su práctica requiere una militante participación en el cotidiano acontecer de cada día. En nuestro país, sólo puede darse tal práctica compartiendo la lucha de reivindicación de campesinos, obreros y clase media para lograr la liberación de toda la nación explotada por intereses ajenos.

En materia de salud, los objetivos son tan claros que creemos que la defensa de este derecho no sólo puede servir para reforzar la alianza de clases que propugna la Unidad Democrática Popular, sino también para incorporar mayor número de fuerzas populares a la lucha unitaria por la liberación nacional y el bienestar del pueblo boliviano.

La defensa de la salud, la concebimos como la lucha del pueblo unido contra el hambre, la miseria, la ignorancia y las injusticias sociales. Tal lucha no se puede organizar verticalmente desde el sillón de una autoridad ni por obra de un milagroso paternalismo de los que pudieron lograr una profesionalización que en la mayor parte de las veces los separa y no los une al pueblo. Sólo puede darse como parte de las luchas de los desfavorecidos por mejorar las condiciones humanas de todos, solidariamente (Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, 1983).

En las apasionadas discusiones sobre los temas en debate, hubo enfrentamientos ideológicos que retardaron los consensos. En una de esas oportunidades, Toribio Hinojosa –el líder nacional de los comités Populares de Salud que Presidió el Consejo Nacional Popular de Salud– con su habitual estilo más de pedagogo que de dirigente sindical, explicó que todos tenemos no solamente el derecho sino la obligación de orientar nuestra conducta por una teoría política; es más, insistía, deberíamos militar en un partido organizado para actuar con disciplina y responsabilidad, pero en cuanto ingresamos a una sala de debate para resolver problemas de salud, todos estamos obligados moralmente a quitarnos la camiseta partidaria y a buscar las formas más eficaces para defender la salud de todos. Reconocía que la salud es un bien tan superior que tiene que estar siempre por encima de nuestras diferencias adjetivas. Estos conceptos sirvieron de base fundamental en todos los debates y contribuyeron a que todos comprendieran la necesidad de diferenciar lo fundamental de lo accesorio en la teoría y en la práctica.

Otro importante concepto –asumido por los representantes sindicales y vecinales– tiene que ver con que los sectores populares son el sujeto de la lucha por la defensa colectiva de la salud. La más simple reflexión lleva a reconocer que los que más sufren la pobreza y las necesidades no satisfechas, son los que mejor y con más energía pueden expresar la urgencia de reivindicar sus derechos sociales.

Este concepto hace variar en noventa grados el sentido de la tan manoseada “participación popular”. Mientras que la mayoría de las instituciones de salud adoptan una posición elitista, se sienten responsables por la salud colectiva y buscan que la “comunidad” –término con el que aluden a los sectores más pobres de la población– coopere con ellas en programas diseñados supuestamente en beneficio de los más necesitados, el concepto elaborado con los propios sectores populares cambia el sujeto de la acción y permite observar que el sector profesional es quien tiene que cooperar con los trabajadores y marginados en una lucha que es de ellos. No deja dudas respecto a quién debe colaborar y a quién corresponde recibir el beneficio.

La vinculación dialéctica de la salud con la calidad de vida la comprendieron mejor los sectores populares. Muy a menudo los profesionales repiten los conceptos innovadores sin cambiar su quehacer diario y siguen pegados a la biología y al paternalismo elitista; los trabajadores asumen la esencia del concepto. Lo vinculan con sus condiciones laborales y las limitaciones de su vida hogareña, establecen la relación causa-efecto y definen claramente la posición que les toca asumir. Son los que mejor interpretan los conceptos de comunicación horizontal (Beltrán, 1981) y los que mejor la aplican.

Movilizaciones populares

Llamamos así a la actividad cumplida por las grandes organizaciones de campesinos, obreros, juntas vecinales y población de los barrios urbanos en conjunción armónica con el sector institucional en defensa de la salud.

Reconocer que la salud es expresión de la calidad de vida tiene connotaciones importantes. La calidad de vida, vinculada al incremento de los salarios, a mejoras en la vivienda y en general, a la satisfacción de las necesidades básicas, ha sido desde siempre la esencia del reclamo de los sectores populares. Tal reivindicación promueve el mejoramiento de la salud. Con este criterio, las movilizaciones en defensa de la salud tienen su sujeto natural en las organizaciones populares y no en los médicos. Reconocer esta realidad eleva la misión profesional lejos de disminuir el valor del médico.

Habitualmente y casi en todas partes, las instituciones de salud buscan diferentes estrategias para inducir a la población a que colabore con los servicios de atención médica. Esa colaboración es presentada como participación popular en salud y la alientan algunos con ingenuidad biomédica derivada de un análisis superficial de lo que es salud y enfermedad. Otros lo hacen con una buena dosis de hipocresía, ocultando el sentido mercantil de servicios que buscan mano de obra barata y consumidores sumisos para lucrar con el empleo de tecnologías de alto costo y de medicamentos sofisticados. Este proceso –que reduce a la población a la condición de “cliente”– tiene sus propias estrategias de comunicación en la que brillan los que manejan el mercadeo. Hay que reconocer que pueden contribuir a un relativo mejoramiento de la salud, aunque la esencia de su éxito está en reducir costos para aumentar la eficiencia, sin preocuparse de la eficacia.

La participación que nosotros llamamos reivindicativa, es diferente a la sumisa o conservadora que alienta el modelo médico elitista, autoritario y mercantil descrito por Menéndez, el antropólogo que tanto ha contribuido al desarrollo de la medicina social (Menéndez, 1978). En cuanto a la educación y comunicación, nunca buscamos persuadir sino más bien intercambiar opiniones y conceptos en el sentido que le da Daniel Prieto a la interlocución, al diálogo con la gente partiendo de su propia vida y de lo cotidiano (Prieto Castillo, 1998:53-75).

Comités Populares de Salud

El Sistema de Salud fue conformado por el Ministerio a escala nacional. Las unidades sanitarias, una en cada departamento, subdivididas en distritos y éstos en áreas. Junto a éste se organizaron los Comités Populares de Salud, conformados por la organización territorial de base correspondiente: juntas vecinales o sindicatos en el área urbana y organizaciones originarias en el área rural. Escalonadamente, se agrupaban en comités regionales en los distritos, comités departamentales en las Unidades Sanitarias y en el Consejo Nacional, en el nivel central, junto al Ministerio.

De manera inicial, el Consejo Nacional estaba presidido por el Ministro de Salud e integrado por un representante de cada una de las organizaciones que participaron en su constitución. Aprobadas las *Bases para la política de salud*, el Consejo Nacional se organizó independientemente del Ministerio eligiendo su propio directorio. El presidente debía ser siempre un miembro del Comité Ejecutivo de la Central Obrera Boliviana (COB). Toribio Hinojosa fue sistemáticamente reelecto. El Ministro de Salud, elegido como Presidente Honorario fue también reelegido, incluso después

de haber dejado el Ministerio. La política y las estrategias generales eran definidas por el equipo técnico del Ministerio y el Consejo Nacional. El respeto recíproco entre los criterios técnicos y las aspiraciones populares permitió una conjunción de esfuerzos que nacía en el área de salud entre los médicos PIAAS y los Comités Populares de Salud y se iba reforzando escalonadamente, en Regiones, Distritos, Unidades Sanitarias y Ministerio. Una forma de evitar conflictos fue definir claramente que al sector popular le correspondía la defensa colectiva de su derecho a la salud, y al sector institucional, el deber de garantizarlo al máximo posible. Una honesta transparencia en la información sobre los recursos existentes y su equitativa distribución para satisfacer las necesidades fue la base que sostuvo la fortaleza de la cogestión en salud. El rol rector del Ministerio, cuya utilidad nadie discutía, se mantuvo de un modo natural por un reconocimiento general sin necesidad de imposición ni presión alguna. La horizontalización de las responsabilidades, demandaba una rectoría común que tenía que ser la misma desde el área de salud, los distritos, el departamento y el Ministerio.

La independencia de los Comités Populares de Salud tenía el sólido soporte de la estructura orgánica de las organizaciones laborales, vecinales o campesinas en cuyo seno se organizaron. Paradójicamente, Bolivia —caracterizada por su inestabilidad política, debilidad institucional y serias carencias en las áreas de salud y de educación— es el país que, quizá por la magnitud y expansión de la pobreza, tiene organizaciones populares sólidas.

La COB agrupa a todos los trabajadores manuales asalariados, pero además a periodistas, universitarios, maestros y otros intelectuales así como también a las juntas vecinales y a los campesinos del área rural.

Desde su fundación en 1952, como parte de la Revolución Nacional, y particularmente, durante la resistencia a las dictaduras al recuperarse la democracia, cobró una influencia mayor a la de las fuerzas políticas organizadas. Su estructura organizacional se extiende a los últimos rincones del país con una doble ramificación, una funcional y otra territorial. Funcionalmente está compuesta por gremios: fabriles, mineros, ferroviarios, maestros, periodistas. Los sindicatos se agrupan en federaciones, éstas en confederaciones, luego en centrales. En la cúpula se encuentra la Central Obrera Boliviana. Territorialmente hablando, esas organizaciones se agrupan en la aldea o ciudad en que tienen su sede; en el departamento constituyen la Central Obrera Departamental (COD). Dentro de esa organización, cada sindicato tiene un secretario de salud que inexcusablemente es miembro del Comité Popular de Salud.

La Confederación Nacional de Juntas Vecinales es una organización territorial también única en todo el país. Atiende los problemas cotidianos de los habitantes de barrios, distritos y ciudades grandes o pequeñas. Busca el desarrollo integral del barrio, incluyendo la situación de salud. Existe una junta vecinal en cada barrio, éstas se agrupan en distritos, en ciudades y en departamentos. Las federaciones departamentales de juntas vecinales se reúnen cada año en el Congreso Nacional para elegir la Confederación Nacional de Juntas Vecinales, que también forma parte de la COB. En cada junta vecinal y en sus agrupaciones escalonadas –incluyendo la Confederación Nacional– existe un secretario de salud que es el presidente nato del comité Popular de Salud respectivo. Solamente cuando un sindicato local de cualquier rama cobra mayor importancia que la junta vecinal, este líder sindical puede ser elegido presidente de un Comité. Los comités departamentales y el Consejo Nacional deben estar presididos siempre por un dirigente de la COD o de la COB.

La Central Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Bolivia, aunque estaba en período organizativo, tiene sus bases conformadas desde 1952 en sindicatos, subcentrales, centrales campesinas y comunidades originarias, y cuentan también con un secretario de salud en cada instancia organizativa. Este secretario era Presidente nato de su Comité Popular de Salud respectivo.

Educación para la salud

La educación para la salud tiene una relación directa con el proceso de comunicación cuya orientación está descrita en el capítulo de “Educación Popular para la Salud” de las *Bases para la Política de Salud*:

En el marco general del subdesarrollo. Se conjuga en forma destacada la concentración del saber en reducidos grupos de población. Es muy difícil avanzar en la solución de los múltiples problemas sociales, la salud entre ellos, si no se genera un proceso de extensión del conocimiento. Para ello es necesario armonizar dos factores: la masividad del proceso y los diferentes aspectos de obstrucción cultural que se oponen al mismo.

Sin desmedro del papel que deben jugar el sistema de salud, el de educación y el de comunicación social, es indudable que dicho proceso de educación se facilita cuando son las propias organizaciones de la comunidad las que asumen responsabilidades en él.

En el mismo se debe combinar distintos métodos en los cuales se conjugan todos los agentes de cada sistema: el médico, la enfermera, el maestro, el periodista y los responsables populares de salud.

Objetivo

Desarrollar programas intensos de educación para la salud con contenidos concretos que acompañen cada movilización de la comunidad para la salud y de carácter continuo abordando los temas más trascendentes para apoyar la elevación del nivel de salud (Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, 1983:42-43).



Miembros de comités populares de salud presentes en la inauguración de una Unidad de Rehidratación Oral Popular (URO) en una zona periurbana de La Paz, Bolivia. Foto: Archivo (fallas de origen).

Destacamos el párrafo en el cual las organizaciones populares asumen responsabilidad en la educación. Esta tarea se ejecutó escalonadamente por sindicatos y juntas vecinales. Sin necesidad de grandes inversiones, utilizando solamente la comunicación cara a cara, cartillas de capacitación y otros medios impresos, se expandió como reguero de pólvora entre toda la colectividad. Sindicatos y juntas vecinales competían por ser los mejores en la difusión de conocimientos básicos para las conquistas sociales, la salud entre ellas.

Los Responsables Populares de Salud (RPS)

y las movilizaciones populares

El masivo movimiento de difusión del conocimiento no se habría podido dar sin la activa presencia de los Responsables Populares de Salud, los cuales no eran funcionarios a sueldo, sino líderes locales de la propia comunidad con una clara conciencia de que actuaban en defensa de la salud de sus propios hijos o hermanos. Los líderes se formaban por miles de una forma muy

sencilla. Cada Comité Popular de Salud, rutinariamente, tenía sus propias actividades de información para todos los miembros de su comunidad. En estas sesiones surgían personas de la base o dirigentes que se interesaban más que otros por determinados temas. Estas personas eran capacitadas en el centro de salud sobre sus propias inquietudes, uso adecuado de los sobres con sales de hidratación oral, forma de controlar el expendio de sal yodada, utilidad de las vacunas y otros. Las capacitaciones consistían en una explicación didáctica que proporcionaba la enfermera del servicio correspondiente en una o dos horas incluyendo ejercicios prácticos.

Independientemente, a tiempo de ejecutar cada movilización popular nacional o local, se hacían actividades de capacitación en cascada sobre la temática de la movilización. Las once unidades sanitarias del país enviaban al nivel central diez RPS cada una. Estos capacitados en no más de uno o dos días volvían a sus respectivas unidades para convocar cada uno a ochenta RPS, buscando cubrir todos los distritos y las ochocientas áreas de salud existentes. Los así capacitados volvían a sus respectivos comités populares de salud y capacitaban a cincuenta RPS en cada Comité, sumando un total de cuarenta mil RPS en cada movilización.

Las movilizaciones fueron muchas: para instalar unidades de rehidratación oral, mejoramiento de la nutrición infantil, consumo de sal yodada, higiene en el hogar y eliminación de excretas, disposición de basuras, lucha contra insectos, roedores y vectores de enfermedades. Las más publicitadas y con mayor impacto directo fueron las de inmunizaciones. Tradicionalmente la vacunación no había pasado de coberturas de 20 a 25%. Con las movilizaciones populares, lograron pasar de 90 y 95%, y fueron desarrolladas prácticamente contra todas las enfermedades inmunoprevenibles. Informes anecdóticos registraron coberturas de hasta 200%, aparentemente inexplicables pero justificadas porque los registros de los servicios no incluían a la población rural dispersa considerada tradicionalmente como “inaccesible”. Las movilizaciones populares –al incluir esas poblaciones– sobrepasaban con exceso las metas fijadas por la burocracia.

La primera movilización fue organizada para vacunar contra la polio. La poliomielitis en Bolivia nunca provocó epidemias graves de parálisis infantil porque, paradójicamente, las deficientes condiciones higiénicas provocan infecciones tempranas que inmunizan sin provocar parálisis. Aparentemente, se habría ahorrado costos vacunando simultáneamente contra varias enfermedades; sin embargo, nuestro objetivo no era sólo vacunar sino incorporar a toda la población –particularmente rural, a la defensa colectiva de la salud. El hecho de que la vacunación contra la polio

se hiciera por administración oral, permitía que los propios campesinos pudieran aplicarla. Nos interesaba esto porque, en aquel entonces, la marginación era tan severa que se había formado un complejo de inferioridad que aislaba todavía más al indígena. Cuando los campesinos sorprendieron a todos por la prolijidad en el manejo de la vacuna, conservada en tarros de lata con hielo y aserrín a falta de termos que no los teníamos y cuando caminaron de cinco a diez kilómetros para inmunizar a 2 ó 3 niños y nadie quedó sin vacunar, no hubo más complejos. Podía esperarse, como ocurrió después, que la poliomielitis desapareciera, pero además, los campesinos comenzaron a participar de igual a igual con todos los RPS y sus opiniones resultaron de las más útiles a tiempo de establecer estrategias para nuevos emprendimientos en el área rural que dejó de estar excluida.

El hecho fue comentado por la prensa, las emisoras de radio y el único canal de televisión que existía; todos contribuyeron a destacar el valor del logro. En estricto apego a la verdad, conseguimos que no se hablara de un éxito gubernamental o institucional sino de un triunfo de los Comités Populares de Salud, urbanos y rurales.

Las diversas movilizaciones para cumplir diferentes objetivos eran desarrolladas con sus propias estrategias. Las más publicitadas y exitosas fueron las de inmunizaciones realizadas en un solo día, elegido con suficiente anticipación y preparado convenientemente. Durante esa jornada, todos los medios de comunicación, taxis y medios de locomoción públicos y privados, escuelas y toda la colectividad concentraban sus esfuerzos en el objetivo central de vacunar a todos los niños de las edades indicadas. Las radios cooperaban transmitiendo mensajes y pedidos de vacuna de centros donde ésta se agotaba, los taxis y coches particulares trasladando gratuitamente al personal que portaba una distinción especial de encargado de la logística, y todos los habitantes colaboraban en ubicar, en cualquier lugar, a niños que no estuvieran yendo a vacunarse.

Los vacunadores tenían un puesto fijo rodeado de los requisitos necesarios para la conservación de la vacuna y su correcta aplicación. Toda la población y los Comités Populares de Salud se encargaban de revisar casa por casa para que no quedara niño sin vacunar. Las terminales de autobuses se convertían en centros de vacunación para facilitar la aplicación a quienes tenían urgencia de viajar. Al final del día se hacía un balance general de las coberturas alcanzadas y se improvisaban festejos locales en cada barrio, destacando los logros obtenidos.

Médicos PIAAS

La enorme y expandida organización de los Comités Populares de Salud se complementaba y tenía su contraparte institucional en la organización de los médicos llamados PIAAS por ser los profesionales responsables del Programa Integral de Atención de Áreas de Salud. Este Programa –diseñado y ejecutado en forma cogestionada por los Comités Populares y el sector institucional– tenía como puntal profesional al médico PIAAS.

Reconociendo el valor de la juventud para impulsar cambios, convocamos a los egresados de las facultades de medicina para hacer un curso intensivo de un mes de duración sobre temas de medicina social. Un grupo de docentes presidido por Tabaré Gonzáles –un consultor de OPS expresamente elegido para el efecto –exdirigente de la Confederación Médica Panamericana (pionera en la difusión de los nuevos conceptos de la medicina social en nuestro continente)– estructuró el programa teórico y las actividades prácticas para capacitar a los nuevos profesionales en el manejo de la patología prevalente, particularmente de niños y madres; en la interpretación de los nuevos conceptos de la medicina social y en los postulados de las Bases para la Política de Salud del Gobierno Democrático y Popular.

El reconocimiento de la población como sujeto de la defensa de la salud y no como un objeto de atención era un tema transversal a todos los otros para orientarlos a trabajar **con** la población y no sólo **para** ella. Los jóvenes médicos aprendían simultáneamente a purificar el agua contaminada, a conservar la máxima higiene incluso en las chozas más humildes, a eliminar los desechos con la menor contaminación posible, a tratar la patología prevalente y sobre todo, a trabajar con respeto a la comunidad.

Algunas de las clases eran compartidas con los dirigentes de los Comités Populares de Salud y varias prácticas realizadas en conjunto. Fue tanta la suma de nuevos conocimientos y la maduración de conductas solidarias que los jóvenes llegaron a expresar que en un mes de trabajo intensivo aprendieron más medicina que durante los siete años de estudios facultativos. Aunque esto parezca una exageración, lo evidente es que una pléyade de nuevos médicos egresaron de los cursos casi realizados en todas las ciudades donde existían facultades de medicina. Estos nuevos profesionales trabajaron compartiendo responsabilidades con los Comités Populares, participaron en todos los logros obtenidos y hasta ahora, más de veinte años después de aquella experiencia, no sólo se sienten diferentes como médicos PIAAS sino que son distintos en su mejor comprensión de los determinantes sociales de la salud y en el acercamiento humano de la medicina a los grupos de población más necesitados.

Al revisar los programas y textos de enseñanza de los médicos PIAAS, encontramos aportes valiosos de connotados impulsores de los nuevos conceptos de la salud pública. En todo caso, ese único aporte teórico, no es suficiente para explicar la magnitud del cambio que se produjo entre el elitismo médico copado por las ciencias biológicas y el nuevo profesional de bluejeans y chamarra, portador de conocimientos y de vocaciones nuevas e innovadoras. La práctica diaria, el ambiente de solidaridad social imperante y el contagioso esfuerzo positivo de los más humildes contribuyeron quizá más que los puros conceptos, a la formación humana del médico PIAAS. Éste fue el sólido puntal profesional que supo coordinar esfuerzos con los comités populares de salud, para hacer de la defensa colectiva de la salud una realidad concreta y compartida con todos, sin elitismos, sin autoritarismos pero también sin anarquismo y absolutamente sin enfrentamiento alguno.

Guarderías infantiles populares

Entre las muchas iniciativas que surgieron al estudiar las bases para la política de salud estaba la instalación de guarderías infantiles. Resulta relevante recordar la forma en la que se organizó a las primeras. En una de las visitas que realizamos a las comunidades periféricas, nos tocó explicar a las madres la importancia del cuidado infantil, particularmente antes de los 5 años, edad en la que se completa el crecimiento y desarrollo del cerebro, uno de los órganos fundamentales del ser humano. Explicábamos la importancia de los cuidados perinatales, lactancia materna, adecuada nutrición, prevención de enfermedades y el gran valor de la estimulación psicoafectiva sensorial precoz. Varias madres tropezaban con la imposibilidad de estimular a sus hijos adecuadamente por tener que trabajar fuera del hogar casi todo el día. Las que permanecían en el hogar preguntaban las formas de estimulación precoz hasta que finalmente surgió una solución inesperada. Varias madres ofrecieron voluntariamente sus casas para cuidar niños de sus vecinas. El Programa Mundial de Alimentos (PMA) proporcionaría leche en cantidad suficiente para alimentar a los niños del hogar, propios y ajenos, mientras que UNICEF dotaría de elementales útiles de cocina y hasta de una radio portátil. Surgieron así las Guarderías Infantiles Populares. Por selección natural, se consolidaron las mejores y se fue también notando la falta de ciertos conocimientos profesionales para su manejo. En pleno proceso de funcionamiento se recibió el aporte voluntario de la Universidad Mayor de San Andrés quien envió a estudiantes de la carrera de Psicología a colaborar con las madres y sus organizaciones solidarias. Su participación se tradujo en mejoras evidentes y una vez más en el acercamiento de dirigentes populares y estudiantes universitarios.

Algunos criticaron que las guarderías hubieran sido instaladas en barrios poco higiénicos y cercanos a basurales o a otras fuentes de contaminación. El barrio no se podía cambiar porque era el de la residencia de los hogares comprometidos, pero la crítica sirvió para eliminar los basurales y multiplicar la vigilancia de los Comités Populares para el mantenimiento de la higiene en todas las zonas.

Unidades de Rehidratación Oral

Apenas unos años antes se había demostrado científicamente las incomparables ventajas de la rehidratación oral. Su bajo costo, fácil administración y alta eficacia nos movieron a incorporar esta actividad como una más de las movilizaciones populares. La primera se realizó partiendo de una donación que nos hizo UNICEF de cuarenta mil sobres de sales de hidratación oral. El Consejo Nacional Popular de Salud reunió más o menos a 200 personas. En una sola sesión, las capacitamos en el correcto uso de los sobres y en la forma de difundir el conocimiento y los sobres para que llegaran a los lugares más alejados, donde las propias madres bien instruidas podían salvar a sus hijos de morir por diarrea, aun sin auxilio médico.

La cantidad de preguntas y de iniciativas para difundir conocimiento y sobres no se dejaron esperar. El mismo día se inició el reparto de sobres. Una semana después recibimos el reclamo airado de la Sociedad de Pediatría y del Hospital Infantil por no haber recibido un sobre. Averiguados los hechos, el coordinador del Ministerio con el Consejo Popular de Salud nos demostró que dando solamente diez sobres a cuatro mil RPS de la ciudad de La Paz no quedaba saldo alguno. Los pediatras tuvieron que aceptar que los sobres servían mejor a las mujeres del pueblo ya que ellos podían preparar sus sueros. La celeridad de la distribución logró que UNICEF tramitara una donación mucho mayor que nos llegó antes de una semana. La noticia provocó revuelo porque precisamente en esos días se supo que en otro país cerca de cien mil sobres de rehidratación oral tuvieron que ser eliminados por haberse contaminado con hongos debido a su prolongado y mal almacenamiento, mientras se preparaban los programas específicos para su distribución.

Otras movilizaciones populares

en defensa de la salud

Entre las sucesivas movilizaciones populares nacionales, regionales y locales destaca la del bocio endémico. Su elevadísima prevalencia en el país motivó el diseño de un programa nacional de lucha contra el bocio PRONALCOBO. Se organizó a los productores de sal y se les dotó de equipo, insumos y tecnología para yodar la sal. Con la colaboración de UNICEF, se logró que la sal yodada se vendiera sin recargo alguno en su precio. Con esta base, los Comités Populares de Salud y los RPS se movilizaron para hacer que toda la población comprara solamente sal yodada. Se llegó a prohibir el expendio de sal sin yodo. Son muchas las anécdotas de decomisos de sal no yodada, quejas de las vendedoras a las que se tuvo que enseñar a distinguir la sal yodada para devolverles su producto con el compromiso de denunciar a los proveedores de sal sin yodo. Antes de un año, toda la población urbana y rural consumía solamente sal yodada.

En las zonas más endémicas, el PRONALCOBO aplicaba inyecciones de yodo a las mujeres embarazadas para prevenir carencias en los recién nacidos. Dada la gran difusión de las vacunas, muchos asumieron que tales inyecciones constituían una vacuna contra el bocio. Se tuvo que explicar la diferencia a los RPS haciéndoles notar que era más urgente que la población confiara en las inyecciones de yodo que rectificar su error. Después de algo más de diez años, los Comités Populares y la población en general, recibieron con júbilo la certificación que hizo UNICEF, colocando a Bolivia, entre los países libres de carencia de yodo.

Aunque interesante y matizado de anécdotas, el relato de aquella experiencia no puede exceder el espacio que disponemos. Bástenos recalcar que el sarampión que constituía la tercera causa de la elevada mortalidad infantil desapareció de los registros entre 1984 y 85. La mortalidad infantil según el censo de 1990, descendió a 75 por mil, vale decir más de 50% menor a la calculada en 200 por mil en 1983.

Esta política logró tal grado de consenso que pese a los cambios de orientación de los gobiernos que se sucedieron, se mantuvo con variantes inevitables que no afectaron su esencia. Diez años más tarde influyó en la aprobación de una Ley de Participación Popular que revolucionó el país. Algo más tarde en la creación del Seguro Universal Materno Infantil y de los Directorios Locales de Salud –DILOS– que dan inicio a una gestión de salud compartida con los municipios autónomos y con participación popular. Todas estas últimas leyes están vigentes hasta la fecha.

Conclusiones

La experiencia de Bolivia ha sido la expresión plural de muchos actores que confluyeron en un momento histórico apropiado en pos de un objetivo claro y concreto: la defensa de la salud. Permitió que la creatividad popular y el conocimiento académico en una interrelación horizontal se potencien recíprocamente para alcanzar importantes logros.

Los procesos de comunicación que parten de las íntimas esperanzas de la comunidad en sí, que utilizan su lenguaje y sus formas de relacionamiento, que respetan su cultura tienen mayor impacto. Por otro lado, también es importante manejar los conocimientos como algo accesible a todas las personas, en vez de utilizarlos como elemento de intimidación o presión de quienes los poseen versus quienes no lo poseen.

La experiencia boliviana permite reconocer que la actividad protagónica de la propia población, en la defensa colectiva de su salud, puede más que el esfuerzo aislado de la mejor de las técnicas de las instituciones de salud. Este reconocimiento es contrario al concepto habitual de la participación vista como colaboración sumisa y obediente de los más humildes para el desarrollo de servicios elitistas que, en el mejor de los casos, ejercen un paternalismo filantrópico poco productivo y hasta deprimente.

La expresión de que la salud se conquista, no se compra ni se recibe de regalo, resulta evidente.

Esta defensa colectiva de la salud, constituida en objetivo claro a conquistar, reforzado por la consecución de logros inmediatos, alimenta virtudes solidarias que facilitan un desarrollo integral pacífico y armónico. Al rebasar el campo específico de los servicios, la lucha por la salud puede constituirse en fuente y puente para la paz.

Bibliografía

- Beltrán, L. R. (1981). “Adiós a Aristóteles: la comunicación horizontal”, en: *Comunicación y Sociedad*, Número 6, septiembre, São Paulo: Ed. Cortéz. pp. 5 –35.
- Beltrán, L. R. (2000). “Promoción de la Salud. Una estrategia revolucionaria cifrada en la salud”. Exposición inaugural en la tercera conferencia brasileña de comunicación y salud. Organizada por la Universidad Metodista de São Paulo. Cátedra UNESCO de Comunicación para el Desarrollo Regional y las Facultades Adamantinas Integradas.
- Freire, P. (1973). *La educación como práctica de la libertad*, México: Siglo XXI.
- Freire, P. (1976). *Pedagogía del oprimido*, México: Siglo XXI editores.
- Mariátegui, J. C. (1975). *Siete ensayos de interpretación de la realidad peruana*. Cuba: Casa de las Américas, p. 2.
- Menéndez, E. L. (1978). “El Modelo Médico y la salud de los trabajadores”, en: Basaglia, Franco *et al.* *La salud de los trabajadores*, México: Nueva Imagen.
- Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. (1983). *Bases para la política de salud del gobierno democrático y popular*, La Paz: Edición oficial.
- OMS. Alma-Ata. (1978). “Atención primaria de salud”, en: *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata. URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra: OMS. UNICEF
- Prieto Castillo, D. (1998). “En torno a la Comunicación y la Movilización Comunitaria en: Alfaro, R. M., Díaz Bordenave, J., Montaña Virreira, S., Prieto Castillo, D., Tognoni, G. y Torres Goitia, J. (2000). *Movilización comunitaria para la salud. Diálogo multidisciplinario*, La Paz, Bolivia: S.R.L., pp.53-75.
- Torres Goitia, J. (1987). “Defensa de la Salud y Atención de la Enfermedad. Tecnología Iatrogénica”, en: Torres Goitia, J. *Salud y Democracia*. ILPES-UNICEF. Chile pp. 43-70.
- Torres Goitia J. (1993). “Participación Popular en salud. La experiencia de Bolivia”, en: *UASB y SALUD*. Sucre, Bolivia, Vol. 1. N° 3-4, pp. 155-165.
- Torres Goitia, J. (2000). “La Reforma de Salud en Bolivia”, en: *Fundación Milenio, Las Reformas Estructurales en Bolivia*. Tomo II, La Paz Bolivia, pp 301-361.

Recibido: 18 de junio, 2009 Aprobado: 3 de diciembre, 2009