

Bolivia: lecciones sobre los primeros seis meses de la pandemia de SARS-CoV-2¹

Bolivia: lessons from the first six months
of the SARS-CoV-2 pandemic

Calla Hummel², V. Ximena Velasco Guachalla³,
Jami Nelson-Nuñez⁴ y Carew Boulding⁵⁶

Fecha de recepción: 14 de septiembre de 2020

Fecha de aceptación: 13 de octubre de 2020

Resumen: El presente artículo ofrece una exploración descriptiva inicial de las políticas públicas diseñadas e implementadas por el gobierno nacional boliviano y los distintos gobiernos departamentales para prevenir, tratar y contener los casos de covid-19. La descripción y el análisis se centran en la acción gubernamental en el contexto de la crisis sanitaria. Se construyó un índice de política pública basado en diez medidas recomendadas para contener el virus, y se recolectó el número de casos confirmados, los decesos y la movilidad por departamento.

Palabras clave: coronavirus, políticas públicas, capacidad estatal, salud pública

Abstract: This article offers an initial descriptive exploration of the public policies designed and implemented by the Bolivian national government and the different departmental governments to prevent, treat and contain Covid-19 cases. The description and analysis focus on government action in the context of the health crisis. We constructed an index of public policies based on ten measures recommended to contain the virus, and we collected the number of confirmed cases, deaths, and mobility by department.

Keywords: coronavirus, public policy, state capacity, public health

1 Las autoras declaran no tener algún tipo de conflicto de intereses que haya influido en su artículo.

2 Politóloga. Universidad de Miami. Miami, Estados Unidos. E-mail: chummel@miami.edu. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3673-0657>

3 Politóloga. Universidad de Essex. Colchester, Reino Unido. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2066-830X>

INTRODUCCIÓN

En los primeros seis meses de la pandemia mundial del nuevo coronavirus SARS-CoV-2, las Américas sufrieron el mayor impacto en términos de casos positivos, muertes e impactos económicos (CEPAL, 2020; Sullivan *et al.*, 2020; United Nations, 2020). Bolivia no se salvó de la pandemia, a pesar de la implementación de varias políticas públicas diseñadas para combatir el virus. Cuando el virus llegó al país, el gobierno nacional de Bolivia impulsó las medidas de salud pública recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La experiencia de Bolivia muestra que las políticas públicas a nivel nacional son importantes para contener el contagio; sin embargo, no son suficientes. Las preguntas centrales de la presente investigación son: ¿cómo el gobierno nacional y los gobiernos departamentales respondieron a la pandemia?, ¿qué factores explican que haya diferencias en el modo como los departamentos viven la pandemia alrededor del país?

Al inicio de la pandemia, los expertos internacionales de salud recomendaron intervenciones para contener el nuevo coronavirus. Conscientes de que Bolivia carece de una infraestructura hospitalaria y farmacéutica para tratar casos de covid-19 (Escalera-Antezana *et al.*, 2020), el gobierno nacional de Bolivia usó las intervenciones no farmacéuticas recomendadas para prevenir el contagio. La presente investigación recolectó datos diarios sobre diez políticas públicas recomendadas, movilidad poblacional, casos confirmados y muertes en los nueve departamentos bolivianos. La hipótesis, al inicio de la investigación, fue que en lugares donde se impusieron políticas públicas con rapidez se podría contener la pandemia.

4 Politóloga. Universidad de Nuevo México. Albuquerque, Nuevo México, Estados Unidos. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2001-6494>

5 Politóloga. Universidad de Colorado Boulder. Boulder, Colorado, Estados Unidos. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9021-0751>

6 Agradecemos el apoyo del Grupo de Investigación del Observatorio para la Contención de COVID-19 en América Latina de la Universidad de Miami (<http://observcovid.miami.edu/>), especialmente la ayuda de Felicia Knaul, Michael Touchton, Héctor Arreola e Isa Saturno. Agradecemos los datos de mortalidad del Servicio de Registro Cívico (Sereci) proporcionados por *The New York Times* y Anatoly Kurmanaev, y los datos de encuestas de opinión pública de Raúl Garafulic y Mercados y Muestras. El estudio se benefició de los comentarios del comité editorial de *Temas Sociales* y evaluadores anónimos. Los errores son nuestros.

Los aportes principales de la presente investigación son, primero, la cuarentena nacional y otras políticas públicas detuvieron temporalmente la expansión del contagio; sin embargo, una carente infraestructura hospitalaria, la falta de equipamiento de bioseguridad y la falta de seguimiento de contactos resultó en un contagio explosivo dos semanas después de la flexibilización regional de la cuarentena, en junio. Segundo, la crisis política del país agravó los problemas existentes de escasez de recursos materiales y humanos. Los datos sugieren que las políticas sanitarias son una medida necesaria pero insuficiente al momento de contener la pandemia. Tercero, los departamentos que implementaron y mantuvieron las políticas sanitarias antes de tener un brote tuvieron menos casos y menos muertes que los departamentos donde se relajaron las restricciones o las implementaron después de un brote. Finalmente, los recursos juegan un rol determinante también: los departamentos con más recursos pudieron mantener cuarentenas estrictas por más tiempo que los departamentos con menos recursos.

El propósito de este artículo es describir y analizar la variación temporal y subnacional en los casos de covid-19 y la respuesta política a la pandemia en Bolivia durante los primeros seis meses. Nuestro análisis está compuesto por datos originales de diez componentes de políticas públicas. Analizamos la aplicación de estas medidas en el territorio nacional y en cada departamento. A partir de los componentes recolectados, construimos un índice de aplicación y rigurosidad de política pública para los primeros seis meses de la pandemia en Bolivia, del 10 de marzo hasta el 10 de septiembre de 2020. Describimos la heterogeneidad entre los departamentos en sus políticas públicas y su éxito preliminar para contener el virus. Los datos de movilidad a nivel departamental recolectados por Google de teléfonos celulares muestran que, cuando el gobierno nacional dictó estrictas normas de confinamiento en marzo, la población cumplió con las medidas de aislamiento. La medición de estas variables resultó en los datos que conforman el Observatorio para la Contención del covid-19 en América Latina, basados en la codificación para políticas públicas en el tiempo del covid-19 de la Universidad de Oxford (Hale *et al.*, 2020; Knaul *et al.*, 2020).

MARCO TEÓRICO

Existen varias aproximaciones que explican los diferentes factores que contribuyen al éxito de las políticas públicas (Blofield, Hoffman y Llanos, 2020; Touchton, Borges y Wampler, 2017). En el contexto boliviano, caracterizado por una complejidad política y social precedente a la emergencia mundial por el brote del virus SARS-CoV-2, dos aproximaciones teóricas son relevantes para entender el grado de éxito de las políticas públicas diseñadas para prevenir, combatir y contener los casos de covid-19. Por un lado, está la capacidad del Estado con respecto a la calidad de los servicios de salud pública; por otro, la relación entre poderes del Estado y partidos políticos.

Los estudios que ligan la capacidad del Estado a diferentes indicadores de salud son amplios (Briebe, 2018; Farag *et al.*, 2013; Soifer, 2015; Holmberg y Rothstein, 2011; Dawson, 2010; Rajkumar y Swaroop, 2008). En particular, el estudio de Briebe (2018) argumenta que las nociones de calidad burocrática e infraestructura son perspectivas necesarias y complementarias mediante las cuales conceptualizar la capacidad estatal y comprender su influencia causal sobre la salud y otros resultados deseables del desarrollo. Desde esta perspectiva, el estudio enfatiza la importancia de invertir en *sistemas* de salud pública con burocracias e infraestructuras de calidad, en la medida en que dicho sistema podrá implementar mejor y ofrecer una gama más amplia de políticas de salud, mejorando así la eficacia y la eficiencia (WHO, 2000). En este primer marco, el Estado boliviano, a pesar de haber aprobado políticas públicas diseñadas para contener el covid-19, cuenta con un alcance muy limitado de capacidad estatal (burocrática y de infraestructura) para que las políticas aprobadas como ley se traduzcan en éxitos de administración pública (Roca Sánchez, 2020; Graglia, 2004).

La relación entre poderes del Estado, partidos políticos y la sociedad ofrece un segundo enfoque teórico de relevancia para el caso de Bolivia. La formulación de políticas públicas involucra a una variedad de actores, desde el presidente y los partidos políticos hasta los sindicatos, grupos empresariales y la sociedad, interactuando en diferentes arenas (Stein y Tommasi, 2006). Por un lado, la capacidad de los actores políticos de coordinar y cooperar en un tiempo adecuado es de suma importancia para la calidad y la correcta implementación de políticas públicas. Esta coordinación y cooperación es

de particular importancia en un contexto de crisis (Jiménez Zamora, 2020). Ante la ausencia de una coordinación y cooperación de los principales actores políticos, la fragmentación social puede tener efectos nefastos en la distribución y entrega de bienes públicos (Alesina, Baqir y Easterly, 1999). Como lo argumenta el estudio de Sani y Sartori (1983), la polarización entre los grupos de la sociedad hace que la tolerancia, el compromiso y la cooperación sean más difíciles de lograr a través de líneas políticas. Siguiendo esta línea, Guzmán y Rodríguez (2015) muestran evidencia de que en Bolivia prima la afinidad político partidaria. Es decir, que los bolivianos evalúan positivamente al Estado cuando el partido al que son afines se encuentra en funciones de gobierno; de lo contrario, la percepción de estatalidad, y por ende el cumplimiento de normas y leyes del Estado, es negativa (Zuazo, 2019; Guzmán y Rodríguez, 2015).

En ese marco, la crisis política derivada de las pasadas elecciones presidenciales de octubre de 2019 profundizó aún más la polarización creciente en el país desde el referéndum de 2016 (Zegada, 2020). El resultado fue un gobierno transitorio en una sociedad polarizada entre sus partidarios y sus detractores. Con respecto al arraigo partidario, Giraudy, Niedzwiecki y Pribble (2020) argumentan que los partidos con fuerte arraigo social gozan de una identidad partidaria robusta y presentan vínculos ideológicos sólidos con sus votantes. En este sentido, cuando un presidente no pertenece a la sigla política de más fuerte arraigo, la implementación y el cumplimiento de políticas públicas, como la cuarentena, es más difícil. Esta dificultad se incrementa cuando la coordinación y cooperación de diferentes poderes del Estado y partidos políticos se encuentra fracturada.

El arraigo político-partidista y la fractura de actores políticos en Bolivia contribuyó directamente a la ruptura de la coordinación y el cumplimiento para seguir las medidas de confinamiento necesarias durante una pandemia. Varias protestas antigubernamentales y pro-electorales se llevaron a cabo durante la cuarentena, en violación directa a las medidas de confinamiento (Aguilar, 2020; Cotari, 2020).

Seguimiento descriptivo de la pandemia en Bolivia durante los primeros seis meses

Bolivia se caracteriza por tener un gobierno descentralizado donde, además del gobierno central, los nueve gobiernos departamentales y las 339 autori-

dades municipales poseen un alto grado de poder político y legislativo. En un país descentralizado y con una infraestructura de salud carente, las políticas de prevención y el desempeño de los gobiernos locales son tan importantes como las del gobierno nacional para contener y tratar las infecciones y así prevenir muertes (Blofield, Hoffman y Llanos, 2020; Kapata *et al.*, 2020). Hay bastante heterogeneidad en los recursos disponibles y la capacidad del Estado en los diferentes departamentos de Bolivia (Anria, 2018; Gray-Molina, Péres de Rada y Yañez, 1999).

Bolivia identificó y confirmó los dos primeros casos de covid-19 el 10 de marzo en los departamentos de Oruro y Santa Cruz (Ministerio de Salud, 2020). A partir de la detección de los primeros casos confirmados, el gobierno central de Bolivia tomó medidas inmediatas para combatir la propagación del virus. Este accionar se vio plasmado en el Decreto Supremo N° 4179, que declara situación de emergencia nacional por la presencia del brote del nuevo coronavirus, y el Decreto Supremo N° 4199, que declara la cuarentena total en todo el territorio boliviano (Bolivia, 2020a y 2020d; Blofield y Filgueira, 2020). El 11 de marzo se inició una campaña informativa nacional y el 12 del mismo mes se cancelaron las clases presenciales y también se prohibieron los eventos grandes. Algunos gobiernos departamentales y municipales tomaron sus propias medidas adicionales; varios, incluso antes que el gobierno central. En los siguientes días, y con la firma del Decreto Supremo N° 4192, el gobierno nacional cerró las fronteras, intervino en el transporte y en las actividades económicas y culturales cerrando bares, gimnasios e iglesias. El 17 y 21 de marzo, se firmaron los Decreto Supremos 4196 y 4199, respectivamente. El primero declaró emergencia sanitaria nacional y cuarentena, el segundo endureció las restricciones y dictó cuarentena total en todo el territorio a partir del 22 de marzo.

Al principio, los casos estaban concentrados en pocos lugares, la mayoría registrados en Santa Cruz y Oruro (Escalera-Antezana *et al.*, 2020). Empezando con los primeros casos en marzo, el departamento de Santa Cruz tenía un brote alarmante que creció hasta colapsar el sistema de salud en el departamento, considerado el más desarrollado del país. Santa Cruz mantuvo el número más alto de casos diarios confirmados hasta mediados del mes de julio, cuando el conteo más alto pasó al departamento de La Paz. En mayo, un brote en el Beni, departamento fronterizo con el Brasil

y de muy escasos recursos, resultó en una crecida de casos que colapsó la capacidad sanitaria de la capital, Trinidad, y del departamento, por lo cual las autoridades locales decidieron aprobar una ley de desastre sanitario departamental con el fin de recibir ayuda económica del gobierno central (Gobierno Autónomo Departamental del Beni, 2020).

En ese escenario de casos crecientes, el gobierno central promulgó el Decreto Supremo N° 4229, que estableció la cuarentena condicionada y dinámica y delegó las decisiones de cuarentena a los departamentos y municipios a partir del 1 de junio. El decreto mencionó que las políticas públicas de cada gobierno local deberían regirse de acuerdo con las condiciones de riesgo determinadas por el Ministerio de Salud. Es importante mencionar que, aunque el Decreto Supremo 4229 delegó autoridad del manejo de la cuarentena a los gobiernos locales, se mantenían ciertas medidas a nivel nacional, como el cierre de fronteras, la suspensión de clases presenciales, el toque de queda nacional, una campaña informativa nacional, la prohibición de eventos públicos, el uso obligatorio de barbijo y el distanciamiento social. Al mismo tiempo, el decreto delegó decisiones sobre el transporte público, la cuarentena, los viajes y las horas laborales a los gobiernos locales. Cuando los gobiernos departamentales de La Paz, Cochabamba, Oruro, Chuquisaca, Pando y Potosí relajaron las restricciones a partir de junio, los casos de covid-19 se dispararon.

El gobierno boliviano tuvo más éxito inicial en contener el virus que otros países descentralizados de la región; sin embargo, esa ventaja se evaporó cuando algunos gobiernos departamentales relajaron las restricciones en junio. Al inicio de septiembre, el Ministerio de Salud reportó que 80% de los trabajadores del sistema de salud habían contraído el nuevo coronavirus y 125 médicos habían muerto, dos cifras alarmantes que demuestran la escasez de recursos básicos, como equipamiento de bioseguridad en los centros de salud y de recursos humanos como médicos, enfermeros y técnicos (ABI, 2020).

DATOS Y METODOLOGÍA

Recopilamos datos sobre varias políticas públicas para prevenir y contener el nuevo coronavirus en los nueve departamentos de Bolivia. Hay diez áreas

que hemos seguido desde los reportes de los primeros casos, confirmados el 10 de marzo. Las variables y el índice que construimos toman como base el Seguimiento de Respuesta Gubernamental del covid-19 de la Universidad de Oxford (OxCGRT) 5.0, que mide la respuesta gubernamental a la pandemia (Hale *et al.*, 2020; Knaul *et al.*, 2020). Para la codificación, consideramos si cada medida estaba vigente cada día y codificamos si su aplicación fue parcial o total. El presente estudio se limita a la recopilación descriptiva de datos a nivel departamental. Es necesario precisar que una observación a nivel departamental presenta limitaciones importantes, ya que hay bastante heterogeneidad dentro de cada departamento. Sin embargo, como estudio descriptivo exploratorio inicial, y dada la limitación en la obtención de datos a nivel municipal, creemos que una aproximación a nivel departamental ofrece un comienzo útil (cuadro 1).

Cuadro 1. Las variables de políticas públicas

Nombre	Descripción	Construcción
Cierre de escuelas	Cierran clases presenciales	0 - no se ha implementado .33 - es recomendado .66 - parcial: algunos niveles u horarios 1 - es total
Cierre de oficinas	Cierran oficinas, restringen el horario de trabajo, y/o cierran las actividades económicas de algunos sectores	0 - no se ha implementado .33 - es recomendado .66 - parcial: algunos sectores, tipos, u horarios 1 - es total
Prohibición de eventos	Prohibición de eventos, actividades sociales, culturales o religiosas y deportivas	0 - no se ha implementado .5 - es recomendado evitar 1 - es total
Suspensión del transporte público	Restricciones de la circulación, horarios, tipos, o rutas del transporte público local	0 - no se ha implementado .33 - es recomendado .66 - parcial: algunos tipos, rutas u horarios 1 - es total

Campañas informativas	Medidas para difundir información sobre la salud, el virus, el contagio, las medidas de prevención, pruebas y leyes	0 - no se ha implementado .5 - algunos oficiales o declaraciones 1 - hay una campaña coordinada
Restricción de viajes domésticos	Restricciones de la circulación, horarios, tipos o rutas de los viajes en el país	0 - no se ha implementado .33 - es recomendado evitar .66 - parcial: algunos tipos, rutas u horarios 1 - es total
Cierre de las fronteras	Restricciones de la circulación, tipos, o rutas de los viajes internacionales y las fronteras aéreas y terrestres	0 - no hay restricciones .33 - hay restricciones para algunas personas/países .66 - algunas personas/nacionalidades no pueden entrar 1 - cierran las fronteras
Quedarse en casa	Políticas públicas para quedarse en casa, cuarentenas locales y/o nacionales, aislamiento para prevenir contagio, toques de queda	0 - no se ha implementado .33 - es recomendado .66 - parcial: algunos grupos u horarios 1 - es total con pocas excepciones
Restricciones a la asistencia a reuniones por parte de personas	Restricciones en las aglomeraciones de personas	0 - no hay restricciones .33 - no se pueden reunir más de mil personas .66 - no se pueden reunir más de cien personas 1 - no se pueden reunir más de 10 personas
Tapabocas	Uso de tapabocas, barbijos o cubrebocas en espacios públicos	0 - no se ha implementado .33 - es recomendado .66 - parcial, algunas localidades o grupos 1 - obligatorio

Fuente: La lista de medidas consideradas en el índice de adopción de políticas descrita en el cuadro se basa en una herramienta desarrollada por la Universidad de Oxford, Oxford COVID-19 Government Response Tracker (OxCGRT) 5.0.

El cuadro 1 describe las diez variables y sus valores. Las variables “quedarse en casa”, “cierre de escuelas”, “cierre de oficinas”, “suspensión de transporte público”, y “uso de tapabocas” son categóricas y toman valores de 0 cuando no se ha implementado, .33 cuando es recomendado, .66 cuando es parcial, y 1 cuando es total. La variable “prohibición de eventos” toma el valor de 0 cuando no hay una prohibición, .5 cuando recomienda cautela o evitar eventos, y 1 cuando hay prohibición. La variable “restricciones en concentraciones de gente” es 0 cuando no hay un límite, .33 cuando se prohíbe grupos con más de mil personas, .66 cuando se prohíbe grupos con más de cien personas, y 1 cuando hay restricciones para grupos de menos de 10 personas. La variable de “campañas informativas” se observa viendo si hay una difusión de información y educación sobre el virus y las leyes de prevención, tomando valores de 0 si no hay campaña, .5 si hay oficiales haciendo declaraciones, y 1 si hay una campaña coordinada. La variable “restricciones de viajes domésticos” registra las restricciones de movimiento interno en el departamento y toma valores de 0 cuando no se aplican, .33 cuando se recomienda la restricción de movimiento, .66 cuando hay algunas restricciones, y 1 cuando no se permiten viajes dentro del departamento. Finalmente, la variable “prohibición de viajes internacionales” mide las restricciones en las fronteras y toma el valor de 0 cuando no hay restricciones especiales para el nuevo coronavirus, .33 cuando personas que llegan de países de alto riesgo tienen que entrar en cuarentena, .66 cuando se prohíbe la entrada de personas de algunos países, y 1 cuando cierran las fronteras. Usamos los valores indicados por el Seguimiento de Respuesta Gubernamental del covid-19 de la Universidad de Oxford y el Observatorio para la Contención del covid-19 de la Universidad de Miami para facilitar la comparación con otros estudios, países, y posibilitar investigaciones futuras.

Para medir la respuesta del gobierno en su totalidad y para comparar las medidas en el territorio nacional, combinamos estas diez variables en un índice desarrollado por el Equipo de Investigación del Observatorio, tomando en cuenta el tiempo que ha pasado desde la implementación de cada medida (Knaul *et al.*, 2020):

$$IPP_{it} = 100 * \frac{\left[\sum_{j=1}^n I_{jt} \left(\left[\frac{djt}{Dt} \right]^{.5} \right) \right]}{10}$$

Donde:

IPP_{it} = índice de adopción de las políticas públicas en el país o departamento I en el momento t .

I_j = índice j de política pública, donde j corre de 1 a $n = 10$.

Dt = Días desde la aparición del primer caso hasta el momento t .

dt = Días desde la implementación de la política j hasta el momento t .

El índice se construye con la suma de cada uno de los valores de las 10 variables, ajustadas por el día de implementación y el conteo de días desde el primer caso (Knaul *et al.*, 2020). La construcción del índice considera el momento en que cada política es implementada, dando mayor peso a los primeros días. El índice permite tomar en cuenta que las políticas públicas para prevenir y contener el nuevo coronavirus tienen su mayor efecto cuando se implementan temprano y un menor efecto mientras más tardía sea su adopción. Al elevar la razón $\frac{djt}{Dt}$ a la potencia (.5), se construye una función creciente a tasa decreciente en t . Cada departamento recibe un marco diario entre 0 y 10 después de sumar los valores de las diferentes políticas públicas. Con el tiempo, el índice se normaliza a 100. Con menos políticas, más flexibilización, o medidas más tarde, el puntaje es menor; en contraste, con más políticas, más estrictas e implementación temprana, el puntaje se acerca a 100.

Para recolectar los datos, revisamos los portales oficiales de las nueve gobernaciones de departamento, junto con los del Ministerio de Salud, el Ministerio de Comunicación, el Ministerio de Obras Públicas, el Instituto Nacional de Estadística, la Agencia Boliviana de Información (ABI), el Servicio de Registro Cívico (Sereci), y la fuente oficial del covid-19, Bolivia Segura (<https://www.boliviasegura.gob.bo/>). Agregamos información del Servicio Departamental de Salud (Sedes) de cada departamento y repor-

tes de los medios independientes de comunicación nacionales y locales. Intentamos verificar los números trabajando en equipo y con diferentes fuentes de información. La codificación de políticas públicas está hecha a partir de los decretos y las leyes tanto departamentales como nacionales. Los números diarios de casos y muertes son los reportados por los Sedes de cada departamento. Sospechamos que los números oficiales son menores que las infecciones actuales porque hay una escasez de pruebas en Bolivia y la Organización Mundial de la Salud recomienda una tasa de positividad menor que el 3%. En Bolivia, la tasa de positividad vaciló entre 5% en marzo, hasta 65% en julio y bajó a 35% en septiembre (Our World in Data, 2020), lo que sugiere que muchos casos no son registrados. Sin embargo, los números reportados por los Sedes, el Ministerio de Salud y los medios independientes son iguales, lo que sugiere que el subregistro de casos confirmados se debe a la escasez de pruebas y no a una manipulación sistemática de los datos.

RESULTADOS

El gobierno nacional de Bolivia implementó políticas públicas en áreas claves. Se inició una campaña nacional de información el 11 de marzo que continúa hasta la fecha, se clausuraron las clases presenciales y los eventos públicos el 12 de marzo, y se restringió en todo el país la aglomeración de personas y los viajes domésticos e internacionales en la semana posterior a las primeras infecciones (cuadro 2).

Cuadro 2. Características demográficas y políticas departamentales

Departamento	Población 2019*	PIB per cápita 2019*	Camas hospitalarias 2019*	Partido del gobernador 2020**
Beni	480.308	2.403	449	MAS-IPSP***
Chuquisaca	637.013	3.276	1.388	MAS-IPSP
Cochabamba	2.028.639	3.109	2.463	MAS-IPSP
La Paz	2.926.996	3.988	3.775	Sol.bo
Oruro	551.116	3.793	548	MAS-IPSP***

Pando	154.355	2.449	120	MAS-IPSP
Potosí	901.555	2.802	788	MAS-IPSP
Santa Cruz	3.370.059	3.695	4.166	MDS
Tarija	583.330	5.329	784	UD-A

Fuente: Elaboración propia.

*Información tomada del Instituto Nacional de Estadística.

**MAS-IPSP: Movimiento al Socialismo-Instrumento Político por la Soberanía de los Pueblos; Sol.bo: Soberanía y Libertad; MDS: Movimiento Demócrata Social; UD-A: Unidad Departamental Autonomista.

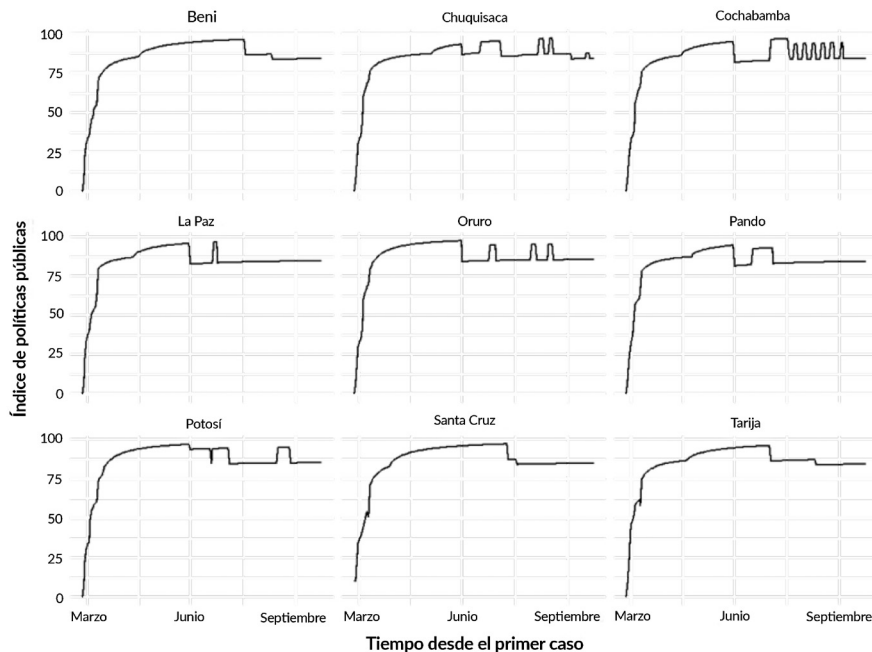
***Los gobernadores de Beni y Oruro cambiaron durante la pandemia, pero las nuevas autoridades también son parte del MAS-IPSP.

El 22 de marzo el país entró en una cuarentena total: la población tenía que mantenerse en sus domicilios y sólo se podían realizar desplazamientos mínimos e indispensables donde solo una persona por familia podía salir dentro del horario de las 7:00 hasta las 12:00. Esas medidas a nivel nacional, promulgadas a partir de la confirmación de los primeros casos, explican por qué los puntajes de todos los departamentos bolivianos alcanzan cifras altas en los primeros días de la pandemia, como se puede ver en la figura 1. Esta figura muestra que, basados en la política pública prescrita por los decretos nacionales y locales, todos los departamentos llegaron a una puntuación casi máxima en las primeras semanas de la pandemia. Seis meses después, a pesar de haber bajado un poco, la puntuación sigue alta, alrededor de 85 puntos. La heterogeneidad interdepartamental se ve predominantemente con la flexibilización del confinamiento, el uso obligatorio del barbijo y la reiniciación del transporte público.

Las políticas públicas a nivel nacional y local redujeron la velocidad de transmisión, pero no lograron contener su propagación. En Santa Cruz, los primeros casos pronto se convirtieron en decenas, lo que llevó a una ola de contagios por todo el departamento, lo que colapsó el sistema de salud. En Oruro y Cochabamba, durante marzo y abril, parecía que las medidas, tanto a nivel nacional como departamental, habían contenido los brotes iniciales; pero nuevos casos siguieron apareciendo sin poder contener la transmisión local. La Paz reportó su primer caso el 19 de marzo y el incremento de

contagios continúa; el departamento tuvo las cifras más altas reportadas en el país desde mediados de julio.

Figura 1. Índice de políticas públicas



Fuente: El índice está construido con base en las 10 políticas públicas descritas en el cuadro 1. Cuanto mayor es el número, más políticas públicas ha adoptado un departamento. La visualización está elaborada por nuestro equipo.

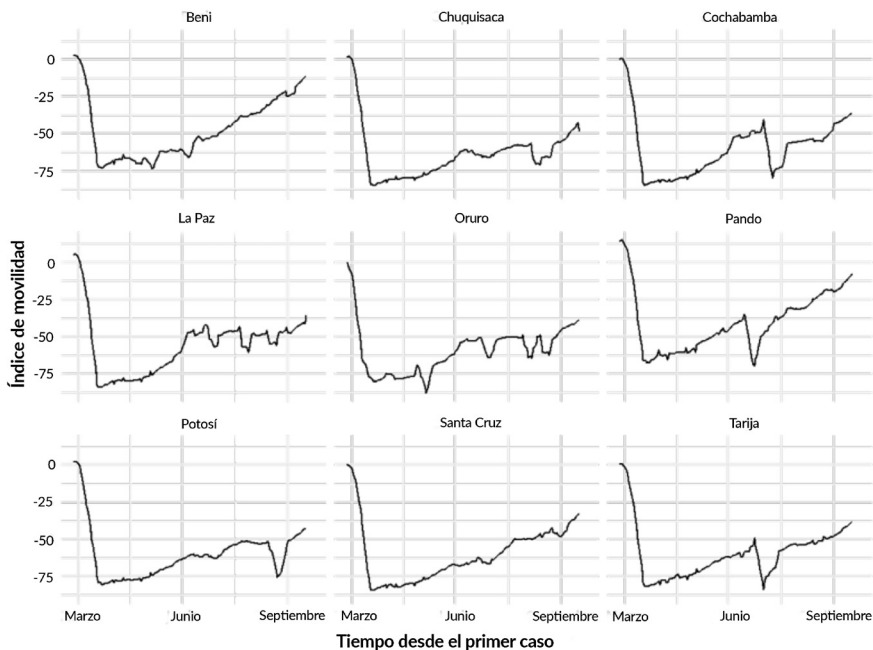
Podemos usar los datos de movilidad a nivel departamental, recopilados por Google a través de celulares que usan el sistema Android, para seguir el grado de cumplimiento de la cuarentena. Los datos de movilidad muestran la variación que se está produciendo en el número de visitas a ciertos lugares, como supermercados y parques, en cada departamento (Google LLC, 2020). Los números de movilidad muestran el cambio (en porcentaje) en la movilidad de la población durante la pandemia en comparación con la movilidad habitual en el mismo periodo de tiempo (identificado en el

gráfico como la línea de base cero). Como podemos ver en la figura 2, la movilidad de la población en todos los departamentos cayó más del 70% comparada con la movilidad habitual en los meses antes de la pandemia. Los datos muestran que la población cumplió con la cuarentena total en marzo y abril, y empezó a circular más en mayo, con la noticia de que se iban a flexibilizar las medidas de confinamiento. La movilidad de la población se incrementó en junio, con la transición a la cuarentena flexible.

Después de la flexibilización de la cuarentena total, y dependiendo del nivel de riesgo y la crecida de casos, varios departamentos, municipios, o ciudades grandes decidieron adoptar políticas públicas de encapsulamiento. Las caídas en los porcentajes de movilidad después de los 70 días del primer caso reportado reflejan las políticas de encapsulamiento de varios departamentos y sugieren que la población en general cumplió con las directivas locales. Tómese en cuenta que los datos en la figura 2 son el promedio de movilidad de los últimos siete días; en la figura 3, reportamos la movilidad de la población por día. En esta última figura podemos ver caídas del 10 al 20 por ciento cada fin de semana. Esto se debe a que las medidas de confinamiento dictadas a nivel nacional y local limitaban más el desplazamiento de personas durante los fines de semana. Esta figura muestra, entonces, que la población cumplía con las restricciones mayores de los fines de semana y se desplazaba más de lunes a viernes.

Hubo departamentos que, a pesar de haber entrado a la cuarentena total sin casos confirmados, de todas formas reportaron los primeros positivos durante la primera semana de cuarentena: Potosí el 26 de marzo, Chuquisaca el 27 de marzo, Pando el 28 de marzo y Tarija el 30 de marzo. Beni fue la excepción: su primer caso confirmado apareció el 20 de abril. Mientras que en Chuquisaca, Potosí, Pando y Tarija se logró temporalmente aislar y contener los casos iniciales, cuando el virus llegó al Beni, el departamento entró en crisis. El brote se disparó en Trinidad y Guayaramerín en las dos primeras semanas, colapsando el sistema de salud y dejando a las víctimas sin atención hospitalaria. A causa de la falta de medicamentos y el colapso sanitario, el Beni fue el primero en reportar un alza en el número de individuos automedicados (Peredo, 2020; *Correo del Sur*, 2020).

Figura 2. Movilidad mediana

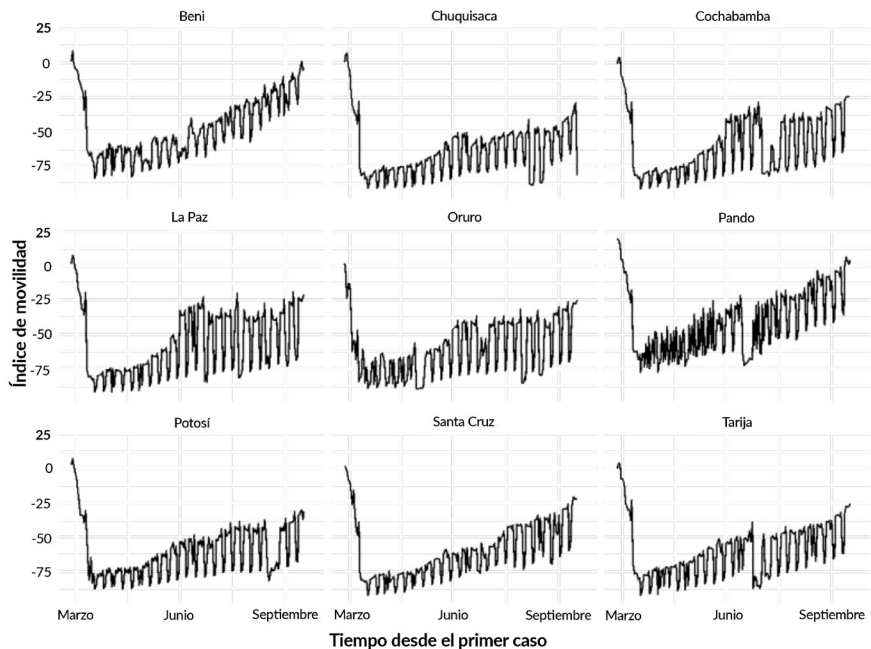


Fuente: El índice de movilidad está elaborado con base en datos de Google. Estos gráficos muestran el cambio en la movilidad de la población en cada departamento, en comparación con la movilidad habitual en el mismo periodo de tiempo (identificado como la línea de base 0). La visualización fue elaborada por nuestro equipo.

El gobierno nacional prometió usar la cuarentena nacional para fortalecer el sistema de salud, pero no logró su meta (*Boletín Informativo*, 2020). Como en México, Perú y otros países de América, la situación económica de Bolivia y la mayoría de sus ciudadanos había mejorado significativamente en la década anterior; pero estos avances no necesariamente resultaron en una mayor calidad en los sistemas de salud o educación (López-Calva y Lustig, 2010; Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2018). Durante la cuarentena total, el gobierno nacional abrió nuevos hospitales en Santa Cruz, Pando, Cochabamba y Beni; también hubo esfuerzos para aumentar la capacidad hospitalaria en los hospitales en funcionamiento. Sin embargo,

los hospitales y las camas adicionales eran una fracción de lo necesario. No había –y todavía no hay– suficientes enfermeros, técnicos y médicos entrenados, y los que estaban trabajando carecieron de equipamiento de bioseguridad, lo que permitió que el virus se transmita entre los profesionales de salud. Por ejemplo, en Cochabamba, hasta mediados de julio, se reportaron 209 casos confirmados de médicos y enfermeras contagiados; y en el Beni, apenas 24 días después del primer caso confirmado en el departamento, se registraron 97 médicos y enfermeras contagiados (Cuevas, 2020; Condori R., 2020).

Figura 3. Movilidad diaria



Fuente: El índice de movilidad está elaborado con base en datos de Google. A diferencia de los datos ilustrados en la figura 2, que muestra el promedio de movilidad de los últimos siete días, esta figura ilustra la movilidad diaria de la población. La visualización fue elaborada por nuestro equipo.

Esto ha resultado directamente en la pérdida de trabajo para muchos profesionales de salud, y en el peor de los casos, hasta en la pérdida de la vida misma. A raíz de esta crisis, se han registrado varias protestas lideradas por el personal de salud exigiendo la provisión de equipamiento adecuado, incluyendo *kits* de bioseguridad y abastecimiento en hospitales, además de garantías de parte del gobierno de estabilidad laboral.

Para empeorar la situación sanitaria surgieron casos de corrupción directamente relacionados con la provisión de equipo sanitario destinado para combatir la pandemia. El caso más importante se dio por la compra de 170 ventiladores a un precio inflado; además del sobreprecio, también hubo fuertes críticas de que estos equipos no reunían las condiciones adecuadas para la terapia intensiva requerida para pacientes críticos (Kitroeff y Taj, 2020). El escándalo desembocó en una investigación, que todavía no ha concluido, y en la destitución del entonces ministro de Salud, Marcelo Navajas. Además de los actos de corrupción, el Ministerio de Salud ha atravesado ya por tres alternancias de poder. El primer ministro, Aníbal Cruz, renunció a su cargo a inicios de la cuarentena y fue reemplazado por Marcelo Navajas, quien a la vez fue reemplazado por una tercera ministra, Eidy Roca. Los casos de corrupción dañaron el apoyo inicial que el gobierno interino tenía antes de la pandemia.

Con el aumento de casos, hospitales colapsados y una plétora de movilizaciones en varios departamentos, el gobierno nacional decidió delegar las decisiones sobre la flexibilización de la cuarentena a los gobiernos departamentales y municipales entrando así a una cuarentena nacional dinámica y condicionada a partir del 1 de junio de 2020. Esta ley también establece que, si bien las decisiones a tomarse recaen en los gobiernos locales, las políticas públicas de cuarentena deben ser tomadas de acuerdo a las condiciones de riesgo de cada municipio, divididas en tres: riesgo moderado, medio y alto. Los índices de riesgo municipal son publicados por el Ministerio de Salud cada semana. También bajo este marco, e independiente de los gobiernos subnacionales, algunas políticas públicas se mantuvieron a nivel nacional y con carácter obligatorio, como el cierre de escuelas y fronteras, un toque de queda, una campaña infor-

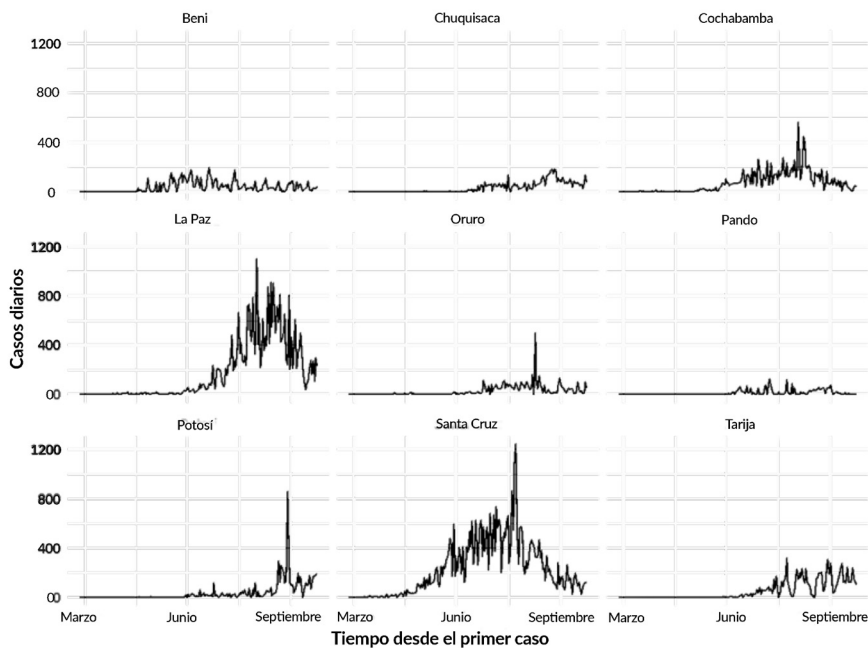
mativa nacional, la prohibición de eventos y aglomeraciones de gente, y el uso obligatorio de barbijos.

Desde el 1 de junio de 2020 en adelante, se observó una variación en las medidas de confinamiento tomadas a nivel departamental y municipal (ver la figura 1). Pando, Oruro, La Paz y Cochabamba fueron los departamentos que tomaron medidas de flexibilización más amplias e inmediatas, mientras que las administraciones de Tarija, Santa Cruz y Beni decidieron continuar con medidas rígidas. Al mismo tiempo, Potosí y Chuquisaca tomaron medidas de flexibilización más limitadas que los primeros cuatro departamentos; pero no tan rígidas como los últimos tres. Mientras que las políticas públicas debían regirse de acuerdo con el grado de riesgo de cada municipio y departamento, en general, la flexibilización permitió que la mayoría de los sectores volvieran a trabajar en persona en horarios restringidos y con medidas sanitarias, que el transporte público volviera en horarios limitados y con medidas sanitarias, y que la gente pudiera salir de sus domicilios con más frecuencia. Por escasez y por razones económicas, algunas personas y lugares de trabajo cumplían más con las medidas sanitarias que otros.

En este escenario, Beni y Santa Cruz, los departamentos más afectados, se mantenían cerrados, y Tarija y Potosí se mantenían cerrados como medida de prevención. En la segunda semana de junio, los casos estaban creciendo en todo el país, especialmente en Cochabamba y en lugares que no habían tenido muchos casos anteriormente, como Chuquisaca y Pando, como muestra la figura 4. Chuquisaca, Cochabamba y Pando volvieron a la cuarentena rígida por unas semanas.

En julio, todos los departamentos optaron por flexibilizar las medidas sanitarias de una forma u otra y en diversos grados, ya sea permitiendo el trabajo en persona, el transporte público y las salidas limitadas. En vez de confinar a todo el departamento, los municipios empezaron a encapsularse cuando había un brote local y a realizar rastrellajes frecuentes para tomar pruebas y aislar a los casos positivos. Los departamentos menores empezaron a reportar más de cien casos diarios en agosto, incluyendo los departamentos más alejados y cautelosos, como Tarija, Potosí y Pando.

Figura 4. Casos diarios de covid-19



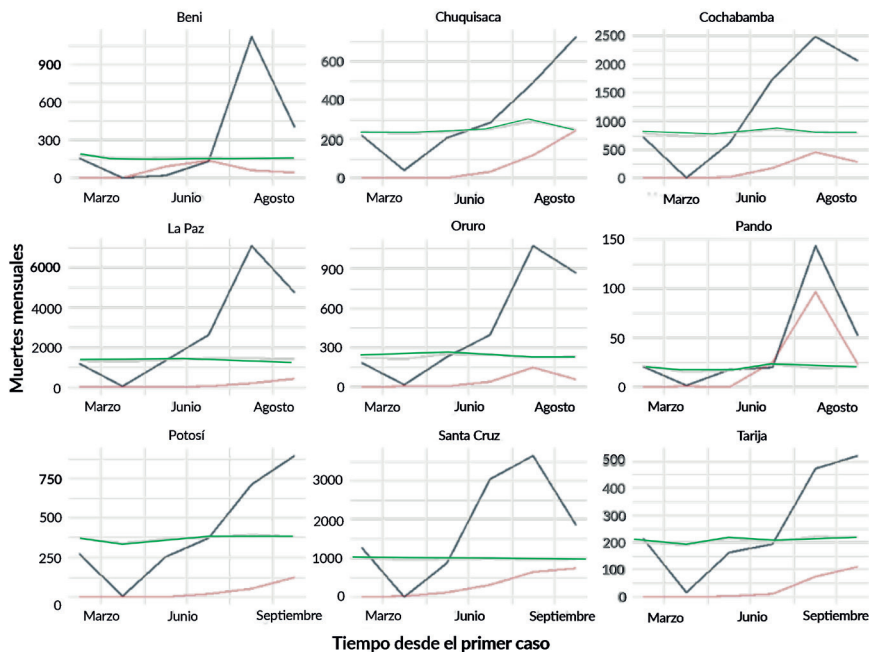
Fuente: Ministerio de Salud, Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia (2020).

En julio, la pandemia en Bolivia se disparó, como se puede ver en la figura 4. Los casos nuevos pasaron a más de mil cada día y con más de cien casos diarios en Cochabamba, La Paz y Santa Cruz, los mayores departamentos del país. El rápido ascenso de contagios y decesos en el país resultó no sólo en el colapso del sistema de salud, sino también de los servicios funerarios en todo el territorio nacional. Se reportaron cadáveres en las calles y en las morgues de hospitales a la espera de ser cremados o enterrados (Trigo, Kurmanaev y McCann, 2020). Una de las cifras más alarmantes fue la que reportó la Fuerza Especial de Lucha Contra el Crimen ya que, entre el 15 y el 20 de julio, realizó el levantamiento legal de al menos 420 cadáveres en cinco departamentos del país (Peñaranda, 2020). Cochabamba encabezaba la lista donde se reportó la mayor cantidad de levantamientos en calles, vehículos y viviendas.

Al inicio de septiembre, el Servicio de Registro Cívico (Sereci) reportó más de 54.520 muertes registradas en el territorio nacional hasta el 31 de agosto de 2020; en cambio, habían registrado cerca de 35.543 muertes en el mismo periodo de 2019 (*Fuente Directa*, 2020). La diferencia de casi 19.000 defunciones es mucho más de las 5.027 muertes oficialmente atribuidas al covid-19 en el portal de Bolivia Segura el 31 de agosto de 2020. Usando datos del Sereci y del *The New York Times*, podemos examinar las trayectorias de mortalidad durante la pandemia (*Fuente Directa*, 2020). Usamos los datos del Sereci de mortalidad de cada mes y departamento de 2016 hasta 2019 para calcular el número promedio de muertes antes del nuevo coronavirus. Usamos los datos diarios del Ministerio de Salud para tabular las muertes oficialmente atribuidas al covid-19 en cada mes y departamento. Finalmente, contamos los datos del Sereci de mortalidad de cada mes y departamento el 2020 para llegar a un total de muertes en los primeros seis meses de la pandemia. La figura 5 muestra en rojo las muertes confirmadas del covid-19 en cada departamento, en verde el número de muertes normales en cada departamento y mes, y en negro el número de muertes en total reportadas por el Sereci en cada departamento y mes de 2020. Los datos muestran un incremento alarmante de muertes en cada departamento boliviano.

Los datos señalan un contagio mucho mayor que los números oficiales. En la mayoría de los departamentos hubo una bajada de muertes al inicio de la cuarentena en marzo y abril. Las oficinas del Sereci cerraron en marzo y abril y por eso casi no se registraron decesos en abril. En mayo, las muertes reportadas al Sereci estaban cerca de los números promedios para mayo. En junio, las muertes por el covid-19 confirmadas aumentaron; las muertes reportadas al Sereci se dispararon, llegando a más de siete veces el promedio en Pando y Beni, los departamentos más pobres del país, casi cinco veces más de lo normal en La Paz y Oruro, y tres veces lo promediado en Santa Cruz y Cochabamba en julio. En Tarija, Potosí y Chuquisaca, los departamentos más cautelosos con sus aperturas, el pico de muertes llegó en agosto, registrando en los tres departamentos más del doble del número de muertes promedio.

Figura 5. Muertes mensuales*



Fuente: Servicio de Registro Civil del Estado Plurinacional de Bolivia y *The New York Times*. *La línea roja muestra las muertes confirmadas del covid-19 en cada departamento, la línea verde el número de muertes promedio en cada departamento y mes de 2016 hasta 2019, y la línea negra el número de muertes en total reportadas por el Sereci en cada departamento y mes de 2020.

El 1 de septiembre, el país entró formalmente en una fase de “post-confinamiento” con el Decreto Supremo N° 4314, con el objetivo de abrir el país económicamente y, al mismo tiempo, contener brotes comunitarios. Como el gobierno delega autoridad sobre la cuarentena a los gobiernos locales, algunas regiones decidieron continuar con la cuarentena dinámica y condicionada, como, por ejemplo, el departamento de Potosí (*El Potosí*, 2020). Con respecto al confinamiento, el Decreto Supremo 4314 amplió los horarios de circulación y trabajo; pero mantuvo un toque de queda nacional desde las 20:00 hasta las 5:00, durante la semana, y de las 16:00 hasta las 5:00, los fines de semana. El decreto también mantuvo el uso de barbijos y el distanciamiento social obligatorio, las prohibiciones de eventos

y las clases presenciales. Finalmente, el decreto prolongó el cierre de fronteras terrestres, fluviales y lacustres; pero abrió los vuelos internacionales con países que hayan realizado la apertura de vuelos. El gobierno nacional recomendó que los gobiernos municipales realizaran rastrellajes para detectar casos positivos y contener brotes, lo que varios gobiernos locales en los departamentos de La Paz, Cochabamba, Beni, Oruro y Santa Cruz ya habían estado haciendo por meses. Los casos diarios se estabilizaron a finales de agosto; sin embargo, en la primera semana de septiembre, el sistema de salud y los servicios funerarios continuaron colapsados en todo el país. Diez días después del decreto, el Ministerio de Salud reportó nuevamente un incremento en los casos nuevos.

DISCUSIÓN

Mientras la gran mayoría de la población sólo realizaba desplazamientos mínimos e indispensables para comprar comida y medicamentos durante la cuarentena total, los transportistas, vendedores, agricultores, policías y las enfermeras continuaron trabajando a pesar de la falta de equipamiento de bioseguridad adecuado. Vale también mencionar que la informalidad en Bolivia es una de las más altas en América Latina. Más del 70% de los bolivianos trabaja en el sector informal y no tiene contratos o seguro social (Baker *et al.*, 2020; OIT, 2020). Las leyes de contención nacionales y departamentales designaron a los trabajadores del mercado, el transporte y la agricultura como trabajadores esenciales, la mayoría de los cuales trabaja informalmente (Bolivia, 2020c y 2020d). En este sentido, la pandemia ha perjudicado de manera desproporcionada a los trabajadores no asalariados y a sus familias.

En marzo y abril había pocos casos confirmados en el territorio nacional en comparación a los países vecinos; sin embargo, los reportes de casos nuevos diarios no disminuyeron. Si bien los primeros casos fueron importados por bolivianos que volvieron de Italia, la mitad de los casos de transmisión local, en abril y mayo, se dio en lugares como Cochabamba, donde los casos positivos incluían trabajadores esenciales como transportistas y vendedores, además del movimiento intermunicipal dentro del departamento. Su contagio se debió, en gran parte, a la falta de equipos de bioseguridad. Datos

del Ministerio de Salud que muestran que hasta el 80% de los trabajadores de salud estaban infectados en los primeros seis meses de la pandemia en Bolivia sugirieron que los trabajadores de los hospitales tampoco tenían equipamiento de bioseguridad adecuado.

Por otra parte, la mayoría de la población reside en viviendas pequeñas donde es imposible mantener distancia entre familiares. Los servicios de salud locales y nacionales no han tenido la capacidad de tratar todos los casos existentes ni prevenir el contagio a sus trabajadores, mucho menos a la población en general a través de pruebas generalizadas, aislamiento o seguimiento de contactos. Sin esas medidas, el país pasó de casos importados a la transmisión local en plena cuarentena y a la transmisión local descontrolada en junio, con la apertura inicial de algunos departamentos, lo que luego resultó en una ola de muertes.

Una de las características sorprendentes de los datos absolutos de muertes es que, en la mayoría de los departamentos, cuando había una alza que se ubicaba varias veces encima de lo normal, las muertes por covid-19 vacilaron entre solamente el 10 y 20 por ciento de las muertes registradas, como muestran los datos del Sereci en la figura 5. Hay dos explicaciones probables para esa diferencia: primero, los reportes están registrando solamente a las personas que dieron positivo al nuevo coronavirus antes de morir y, con esa táctica, subestimando el número de muertes de covid-19. Segundo, cuando los sistemas de salud departamentales colapsaron entre mayo y julio, dejaron a muchas personas sin atención médica y miles murieron por condiciones tratables. La realidad probablemente mezcla las dos tragedias. Con esas dos razones, el número de muertes en Bolivia atribuidas a la pandemia por falta de pruebas o atención médica puede ser casi de 19.000 a finales de agosto, cuatro veces el número oficial reportado.

En ese escenario, la apertura del país puede contribuir a una prolongada propagación del virus. Con el decreto del 1 de septiembre y los ajustes departamentales, casi todos los departamentos tenían valores parecidos en el índice de políticas públicas al inicio de septiembre, como muestra la figura 1. Con una mirada a las elecciones nacionales del 18 de octubre, las campañas electorales comenzaron oficialmente el 6 de septiembre con eventos que no cumplieron estrictamente con las medidas de bioseguridad

(*Los Tiempos*, 2020). La presente flexibilización en el país es el resultado de varios factores que incluyen el cansancio de la población a las medidas de confinamiento, el desgaste económico en el país, que ha afectado directa y profundamente a los bolivianos, y el contexto electoral resultado de la crisis de 2019 que, durante la pandemia, desembocó en protestas masivas que se llevaron a cabo durante la cuarentena, en violación directa a las medidas de confinamiento (Aguilar, 2020; Cotari, 2020).

CONCLUSIONES

Los primeros casos del nuevo coronavirus fueron confirmados en Bolivia el 10 de marzo de 2020. El país era especialmente vulnerable a la pandemia por tener un sistema de salud limitado y una economía informal mayor al 70% (Blofield y Filgueira, 2020; Escalera-Antezana *et al.*, 2020). A esto se suman las fracturas entre instituciones y partidos políticos que dificultaron la cooperación y coordinación necesarias para que las políticas públicas a varios niveles gubernamentales tuvieran los efectos deseados.

La gama de políticas públicas adoptadas por el gobierno nacional incluyó una campaña informativa nacional el 11 de marzo; el cierre de escuelas y la prohibición de eventos el 12 de marzo; el inicio de un toque de queda nacional el 17 y el cierre de fronteras el 20 del mismo mes. El país entró en una cuarentena nacional total el 22 de marzo de 2020. Las políticas públicas promulgadas rápidamente, al confirmarse los primeros casos, frenaron temporalmente el contagio por meses. Sin embargo, el gobierno nacional y los gobiernos subnacionales no lograron fortalecer los sistemas de prevención o tratamiento durante la cuarentena en un sistema de salud ya caracterizado por la carencia.

Un obstáculo importante para el éxito de políticas públicas en contextos de crisis, en este caso sanitaria, es la falta de consenso de los actores políticos para coordinar la implementación y, sobre todo, el cumplimiento de políticas públicas. Ante la ausencia de una coordinación y cooperación de los principales actores políticos, la fragmentación social puede tener efectos nefastos tanto en la distribución y entrega de bienes públicos, como también en el cumplimiento de normas para el bien común.

El gobierno nacional flexibilizó la cuarentena nacional a partir del 1 de junio, delegando las decisiones políticas a los gobiernos departamentales y municipales. Con mayor circulación, los casos y las muertes aumentaron en julio y agosto, colapsando hospitales y servicios funerarios en todo el país (*Fuente Directa*, 2020; Trigo, Kurmanaev y McCann, 2020). A pesar de esta situación, el gobierno declaró la fase de post-confinamiento a partir del 1 de septiembre y permitió que los gobiernos locales relajaran aún más las restricciones del trabajo y movimiento.

La experiencia de Bolivia en los primeros seis meses de la pandemia muestra que las políticas públicas de prevención son de absoluta necesidad; pero insuficientes ante la ausencia de otros factores. De cara al futuro, una lección importante que la crisis sanitaria ha hecho contundente, y que los gobiernos ya no pueden dejar de lado, es la necesidad de invertir en un sistema de salud de gran alcance y capacidad. Finalmente, las leyes escritas en papel tienen un alcance limitado cuando no existe un esfuerzo concertado entre las diferentes instituciones, los partidos políticos y la sociedad en general.

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Boliviana de Información (ABI) (2 de septiembre de 2020). “El coronavirus se cobró la vida de 125 médicos en seis meses de pandemia”. *ABI* [Salud]. Recuperado de https://www1.abi.bo/abi_/?i=455573
- Aguilar, Wilson (17 de mayo de 2020). “MAS impulsó 7 protestas contra el Gobierno durante la cuarentena”. *Los Tiempos* [País], p. 6. Recuperado de https://www.lostiempos.com/sites/default/files/edicion_online/edicion_17-05-2020.pdf
- Alesina, Alberto; Reza Baqir y William Easterly (noviembre de 1999). “Public Goods and Ethnic Divisions”. *The Quarterly Journal of Economics*, 114(4), 1243-1284.
- Anria, Santiago (2018). *When Movements Become Parties: The Bolivian MAS in Comparative Perspective*. New York: Cambridge University Press.
- Baker, Andy, Sarah Berens, German Feierherd e Irene Menendez Gonzales (julio de 2020). “Informalidad laboral y sus consecuencias políticas en América Latina”. *Perspectivas*, (144), 1-16. Recuperado de <https://www.vanderbilt.edu/lapop/insights/IO944es.pdf>

- Blofield, Merike; Bert Hoffmann y Mariana Llanos (abril de 2020). “Assessing the Political and Social Impact of the COVID-19 Crisis in Latin America”. *GIGA Focus*, (3), 1-12.
- Blofield, Merike y Fernando Filgueira (abril de 2020). *COVID-19 and Latin America: Social Impact, Policies and a Fiscal Case for an Emergency Social Protection Floor*. Buenos Aires: Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC).
- Boletín Informativo* (semana 2, lunes 27 de abril-3 de mayo de 2020). “Bolivia se fortalece frente al COVID-19”. Ministerio de Salud, Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia. Recuperado de <https://www.minsalud.gob.bo/component/jdownloads/?task=download.send&id=413&catid=28&m=0&Itemid=646>
- Bolivia (2020a). *Decreto Supremo N° 4179. Declara Situación de Emergencia Nacional por la presencia del brote de Coronavirus (COVID-19) y otros fenómenos adversos. 12 de marzo de 2020*. La Paz: Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia.
- Bolivia (2020b). *Decreto Supremo N° 4192. Establece medidas de prevención y contención para la emergencia nacional contra el brote de Coronavirus (COVID-19) en todo el territorio nacional. 16 de marzo de 2020*. La Paz: Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia.
- Bolivia (2020c). *Decreto Supremo N° 4196. Declara emergencia sanitaria nacional y cuarentena en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia, contra el brote del Coronavirus (COVID-19). 17 de marzo de 2020*. La Paz: Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia.
- Bolivia (2020d). *Decreto Supremo N° 4199. Declara Cuarentena Total en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia, contra el contagio y propagación del Coronavirus (COVID-19). 21 de marzo de 2020*. La Paz: Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia.
- Bolivia (2020e). *Decreto Supremo N° 4229. Amplía la vigencia de la cuarentena por la emergencia sanitaria nacional del COVID-19 desde el 1 al 31 de mayo de 2020; y establece la Cuarentena Condicionada y Dinámica. 29 de abril de 2020*. La Paz: Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia.
- Bolivia (2020f). *Decreto Supremo N° 4314. 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). 27 de agosto de 2020.* La Paz: Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia.
- Brieba, Daniel (enero de 2018). “State Capacity and Health Outcomes: Comparing Argentina’s and Chile’s Reduction of Infant and Maternal Mortality, 1960-2013”. *World Development*, 101, 37-53.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2020). *Report on the Economic Impact of Coronavirus Disease (COVID-19) on Latin America and the Caribbean*. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/45603>
- Condori R., Betty (12 de julio de 2020). “De 1.200 médicos y enfermeras, 420 están complicados con el virus y 1.100 no tienen seguro”. *Opinión* [Cochabamba]. Recuperado de <https://www.opinion.com.bo/articulo/cochabamba/1200-medicos-enfermeras-420-estan-complicados-virus-1100-tienen-seguro/20200711184037777177.html>
- Correo del Sur* (24 de mayo de 2020). “La automedicación y la escasez de insumos médicos agravan la crisis de Beni”. *Correo del Sur* [Sociedad]. Recuperado de https://correodelsur.com/sociedad/20200524_la-automedicacion-y-la-escasez-de-insumos-medicos-agravan-la-crisis-de-beni.html
- Cotari, Cristina (17 de mayo de 2020). “Cochabamba aún no llegó a pico alto de casos de Covid-19; hay riesgo en el sur”. *Los Tiempos* [Metropolitana], p. 12. Recuperado de https://www.lostiempos.com/sites/default/files/edicion_online/edicion_17-05-2020.pdf
- Cuevas, Aleja (13 de mayo de 2020). “En 24 días, 97 médicos y enfermeras fueron contagiados con el COVID-19 en Beni”. *La Razón* [Sociedad]. Recuperado de <https://www.la-razon.com/sociedad/2020/05/13/en-24-dias-97-medicos-y-enfermeras-fueron-contagiados-con-el-covid-19-en-beni/>
- Dawson, Andrew (diciembre de 2010). “State Capacity and the Political Economy of Child Mortality in Developing Countries Revisited: From Fiscal Sociology Towards the Rule of Law”. *International Journal of Comparative Sociology*, 51(6), 403-422.
- El Potosí* (1 de septiembre de 2020). “Lea el Decreto de ampliación de la cuarentena condicionada y dinámica en el Departamento de Potosí”. *El Potosí* [Local]. Recuperado de https://elpotosi.net/local/20200901_

lea-el-decreto-de-ampliacion-de-la-cuarentena-condicionada-y-dinamica-en-el-departamento-de-potosi.html

Escalera-Antezana, Juan Pablo *et al.* (mayo-junio de 2020). “Clinical Features of the First Cases and a Cluster of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Bolivia Imported from Italy and Spain”. *Travel Medicine and Infectious Disease*, (35): 101653. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7129170/>

Farag, Marwa; A. K. Nandakumar, Stanley Wallack, Dominic Hodgkin, Gary Gaumer y Can Erbil (marzo de 2013). “Health Expenditures, Health Outcomes and the Role of Good Governance”. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 13(1), 33-52.

Fuente Directa (6 de septiembre de 2020). “¿Cuántos decesos, nacimientos y matrimonios se registraron hasta agosto de 2020?”. *Fuente Directa, Periódico Digital del Órgano Electoral Plurinacional* [Nacional]. Recuperado de <https://fuentedirecta.oep.org.bo/noticia/cuantos-decesos-nacimientos-y-matrimonios-se-registraron-hasta-agosto-de-2020/>

Giraudy, Agustina; Sara Niedzwiecki y Jennifer Pribble (30 de abril de 2020). “How Political Science Explains Countries’ Reactions to COVID-19”. *Americas Quarterly*. Recuperado de <https://www.americasquarterly.org/article/how-political-science-explains-countries-reactions-to-covid-19/>

Gobierno Autónomo Departamental del Beni (mayo de 2020). “Leyes departamentales 2020”. *Gobierno Autónomo Departamental del Beni* [página web]. Recuperado de https://www.beni.gob.bo/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=10&Itemid=130

Google LLC (2020). “Google COVID-19 Community Mobility Reports”. *Google.com*. Recuperado de <https://www.google.com/covid19/mobility/> Accesado entre marzo y septiembre.

Graglia, Emilio (2004). *Diseño y gestión de políticas públicas: Hacia un modelo relacional*. Córdoba: Editorial de la Universidad Católica de Córdoba (EDUCC).

Gray-Molina, George; Ernesto Pérez de Rada y Ernesto Yañez (1999). *Transparency and Accountability in Bolivia: Does Voice Matter?* IDB Working Paper No. 113. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.

- Guzmán Prudencio, Guillermo y Fernando Rodríguez López (octubre-diciembre de 2015). “La ausencia de un Estado objetivo en Bolivia”. *Revista de Estudios Políticos*, (170), 187-212.
- Hale, Thomas; Noam Angrist, Emily Cameron-Blake, Laura Hallas, Beatriz Kira, Saptarshi Majumdar, Anna Petherick, Toby Phillips, Helen Tatlow y Samuel Webster (2020). *Oxford COVID-19 Government Response Tracker*. Blavatnik School of Government.
- Holmberg, Sören y Bo Rothstein (octubre de 2011). “Dying of Corruption”. *Health Economics, Policy and Law*, 6(4), 529-547. <https://doi.org/10.1017/S174413311000023X>.
- Jiménez Zamora, Elizabeth (julio de 2020). “Una misma tormenta... pero en diferentes barcos: el manejo de *los comunes* en tiempos del COVID-19”. *Umbrales*, (36), 171-191.
- Kapata, Nathan *et al.* (abril de 2020). “Is Africa Prepared for Tackling the COVID-19 (SARS-CoV-2) Epidemic. Lessons from Past Outbreaks, Ongoing Pan-African Public Health Efforts, and Implications for the Future”. *International Journal of Infectious Diseases*, 93, 233-236.
- Kitroeff, Natalie y Mitra Taj (20 de junio de 2020). “Latin America’s Virus Villains: Corrupt Officials Collude with Price Gougers for Body Bags and Flimsy Masks”. *The New York Times* [The Coronavirus Outbreak]. Recuperado de <https://www.nytimes.com/2020/06/20/world/americas/coronavirus-latin-america-corruption.html?searchResultPosition=3>
- Knaul, Felicia *et al.* (2020). “Lejos del distanciamiento: El desempeño estatal en aplicar políticas de salud pública para vencer el COVID-19 en México”. Working Paper. Miami: University of Miami, Institute for the Advanced Study of the Americas.
- López-Calva, Luis Felipe y Nora Claudia Lustig (eds.) (2010). *Declining Inequality in Latin America: A Decade of Progress?* Washington, D.C.: Brookings Institution Press.
- Los Tiempos* (9 de septiembre de 2020). “Partidos incumplen cinco medidas de bioseguridad en las campañas”. *Los Tiempos* [Actualidad]. Recuperado de <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20200909/partidos-incumplen-cinco-medidas-bioseguridad-campanas>

- Martínez Franzoni, Juliana y Diego Sánchez-Ancochea (2018). “Undoing segmentation? Latin American health care policy during the economic boom”. *Social Policy & Administration*, 52(6), 1181-1200.
- Ministerio de Salud (10 de marzo de 2020). “Ministerio de Salud reporta dos casos confirmados de coronavirus y pide calma a la población”. *Ministerio de Salud* [página web]. Recuperado de <https://www.minsalud.gob.bo/3967-ministro-de-salud-reporta-dos-casos-confirmados-de-coronavirus-y-pide-calma-a-la-poblacion>
- Organización Internacional del Trabajo (29 de abril de 2020). *El COVID-19 y el mundo del trabajo. Estimaciones actualizadas y análisis*, 3.^a ed. Recuperado de: <https://www.ilo.org/>
- Our World in Data. “Bolivia: Coronavirus Pandemic”. *Our World in Data* [página web]. Recuperado de <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/bolivia?country=~BOL>
- Peñaranda, Aylin (21 de julio de 2020). “La Policía levantó al menos 420 cuerpos en calles, vehículos y domicilios en cinco días”. *La Razón* [Ciudades]. Recuperado de <https://www.la-razon.com/ciudades/2020/07/21/la-policia-levanto-al-menos-420-cuerpos-en-calles-vehiculos-y-domicilios-en-cinco-dias/>
- Peredo, Nelson (27 de mayo de 2020). “Beni: fallas estructurales y miles de automedicados desbordan la crisis”. *Los Tiempos* [País]. Recuperado de <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20200527/beni-fallas-estructurales-miles-automedicados-desbordan-crisis>
- Rajkumar, Andrew Sunil y Vinaya Swaroop (abril de 2008). “Public Spending and Outcomes: Does Governance Matter?”. *Journal of Development Economics*, 86(1), 96-111.
- Roca Sánchez, Juana (julio de 2020). “La politización del sistema de salud y sus repercusiones en la crisis del COVID-19 en Bolivia: una mirada en retrospectiva”. *Umbrales*, (36), 215-242.
- Sani, Giacomo y Giovanni Sartori (1983). “Polarization, Fragmentation and Competition in Western Democracies”. En Hans Daalder y Peter Mair (eds.), *Western European Party Systems. Continuity and Change* (pp. 307-340). London: Sage.

- Soifer, Hillel David (2015). *State Building in Latin America*. New York: Cambridge University Press.
- Stein, Ernesto y Mariano Tommasi (segundo semestre de 2006). “La política de las políticas públicas”. *Política y gobierno*, 13(2), 393-416.
- Sullivan, Mark; June Beittel, Peter Meyer, Clare Ribando Seelke y Maureen Taft-Morales (7 de octubre de 2020). “Latin America and the Caribbean: Impact of COVID-19”. Congressional Research Service, Report No. IF11581. Recuperado de <https://fas.org/sgp/crs/row/IF11581.pdf>
- Touchton, Michael; Natasha Borges Sugiyama y Brian Wampler (febrero de 2017). “Democracy at Work: Moving Beyond Elections to Improve Well-Being”. *American Political Science Review*, 111(1), 68-82.
- Trigo, María Silvia; Anatoly Kurmanaev y Allison McCann (22 de agosto de 2020). “As Politicians Clashed, Bolivia’s Pandemic Death Rate Soared”. *The New York Times* [The Coronavirus Outbreak]. Recuperado de <https://www.nytimes.com/2020/08/22/world/americas/virus-bolivia.html?searchResultPosition=1>
- United Nations (julio de 2020). *Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Latin America and the Caribbean*. Recuperado de https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg_policy_brief_covid_lac.pdf
- World Health Organization (WHO) (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Paris: WHO. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2000/en/>
- Zegada, María Teresa (9 de septiembre de 2020). “Crisis, más allá de lo evidente”. *La Razón* [suplemento Animal Político]. Recuperado de <https://www.la-razon.com/politico/2020/09/09/crisis-mas-alla-de-lo-evidente/>
- Zuazo Oblitas, Moira “Capítulo 2: Confianza en las instituciones”. En: Ciudadanía. Comunidad de Estudios Sociales y Acción Pública, *Cultura política de la democracia en Bolivia, 20 años* (pp. 65-80). Cochabamba: Ciudadanía.