

LA SITUACIÓN SANITARIA DE NICARAGUA: ENTRE EL DESEO DE CAMBIO Y LA AGRESIÓN

Carlos A. González Svatetz / Elisabet Jané Camacho

Resumen

La realidad sanitaria de Nicaragua se caracterizaba antes de 1979 por la alta mortalidad infantil, una elevada morbilidad y mortalidad asociada a causas infecciosas en su mayoría prevenibles y un sistema de atención médica con múltiples instituciones no coordinadas, baja cobertura y profundas desigualdades sociales y geográficas en la prestación de servicios.

La revolución desarrolla un nuevo modelo regionalizado con extensión de la cobertura especialmente mediante servicios de atención primaria, implementación de programas preventivos y asistenciales sobre grupos de riesgo y problemas sanitarios, con amplia participación de la comunidad.

Los éxitos de la nueva política se comprueban por un incremento y mayor igualdad en la disponibilidad y utilización de recursos sanitarios, la reducción de la morbilidad por enfermedades transmisibles y una espectacular disminución de la mortalidad infantil.

La guerra de agresión promovida desde el exterior tiene una importante repercusión sanitaria y ha frenado el proceso de mejoras observadas desde 1979 a 1983, viola principios de la Convención de Ginebra, ha sido sancionada por el Tribunal de La Haya y merece la condena de los profesionales de Salud Pública. (*Gac Sanit* 1989; 3(11): 380-6).

Palabras clave: Nicaragua. Indicadores sanitarios. Organización sanitaria.

THE SITUATION OF NICARAGUA: BETWEEN WILLINGNESS TO CHANGE AND AGGRESSION

Summary

Before 1979, the health situation in Nicaragua was characterized by a high infant mortality, a high morbidity and mortality related with infectious causes in most cases preventable, as well as by a health care system with multiple non-coordinated institutions, a low coverage and deep social and geographical inequalities in the provision of services.

The revolution develops a new regionalized model with an extension of the coverage especially through primary care services, preventive and curative programs targeted at risk groups and health problems, with a large community involvement.

The achievements of this new policy are assessed by an increase and a greater equality in the availability and utilization of health resources, by a reduction in morbidity due to transmissible diseases, and by a spectacular decrease in infant mortality.

The externally promoted war is having a strong impact on health care and has been slowing down the improvements observed from 1979 to 1983; it violates the principles of the Geneva Convention, it has been condemned by the Tribunal of the Hague, and deserves condemnation from Public Health professionals. (*Gac Sanit* 1989; 3(11): 380-6).

Key words: Nicaragua. Health indicators. Health organization.

Introducción

Nicaragua es un pequeño país con una superficie de apenas 118 mil kilómetros cuadrados y una población estimada para 1986 de solo 3.394.000 habitantes¹.

Ignorada y desconocida hasta la revolución sandinista de julio de 1979, ha pasado en la actualidad a centrar la atención de la opinión pública internacional y ocupa frecuen-

temente la primera plana en la prensa escrita y televisada. A nadie escapa que este repentino interés está originado por las circunstancias especiales de la desigual lucha entre una poderosa potencia mundial y un pequeño pueblo pobre, que intenta ejercer su derecho a la independencia y autodeterminación.

Hay hechos de Nicaragua suficientemente conocidos y difundidos, otros como la realidad sanitaria son en cambio ignorados. Si bien hay tendencias que pueden in-

tuirse, hay muy pocas cifras y datos disponibles que ilustren y cuantifiquen la situación. El objetivo de este artículo es describir y explicar la situación sanitaria referida a tres épocas: la previa a la revolución, los cambios introducidos por la revolución y finalmente la más reciente originada por la guerra actual.

Nicaragua antes de 1979

La historia de Nicaragua está marcada por sus características y

Correspondencia: Carlos A. González. Servicio de Epidemiología y Estadística. Hospital de Mataró (Barcelona). Calle Hospital, 31. 08301 Mataró. Este artículo fue recibido el 11 de julio de 1988 y fue aceptado, tras revisión, el 22 de diciembre de 1988.

situación geográfica. Las posibilidades de brindar un paso interoceánico a través del río San Juan y el gran lago antes de la construcción del canal de Panamá, dió lugar a numerosas intervenciones norteamericanas. Comienzan con Willian Walker, un filibustero que se proclamó presidente de Nicaragua a mediados del siglo pasado e instauró la esclavitud y continuaron con el desembarco de "marines" en 1909, 1912 y 1926. Sandino logra derrotar a las tropas invasoras en 1933 y convertirse en un héroe nacional, pero poco después es asesinado y se abren así más de 40 años de la tristemente famosa dictadura de los Somoza, bajo el beneplácito y apoyo casi permanente de la administración norte-americana.

Nicaragua es un país subdesarrollado, dependiente económicamente de las exportaciones de algunos productos agropecuarios (café, algodón, tabaco, azúcar) cuyos precios, en términos de valor de intercambio con productos industrializados, están en permanente deterioro.

En 1977 un 50 % de la población recibía solo el 15 por ciento del ingreso nacional, con un ingreso per cápita de apenas 286 dólares (menos de 36 mil pesetas por año)². Estudios realizados entre 1976 y 1978 mostraron que casi un 60 % de los niños menores de 5 años presentaban algún grado de desnutrición³. La mortalidad infantil en Nicaragua se estimaba en 1977 en 121 por cada mil nacidos vivos, con tasas que excedían los 200 por mil en la mayoría de las áreas rurales⁴.

Entre 1965 y 1976 la tendencia fue incluso de empeoramiento. Mientras otros países latinoamericanos mejoraban la mortalidad infantil, Nicaragua presentó uno de los mayores incrementos de Centroamérica⁵.

A pesar de las deficiencias en la especificación de las causas y el subregistro existente de la mortalidad, es posible disponer de algunos datos que nos permiten identificar los principales motivos de fa-

Tabla 1. Mortalidad por causas seleccionadas en países centroamericanos.
Tasas por 100.000 habitantes

Causas*	Costa Rica 1975	Nicaragua 1973	Honduras 1975	El Salvador 1973	Guatemala 1975
Infecciosas y Parasitarias (003-136)	55,5	141,8	138,3	168,9	414,5
Enfermedades diarreicas (004-009)	27,1	97,0	96,4	118,6	222,5
Neumonía e Influenza (470-474, 480-486)	31	190,5	26,8	33,7	190,5
Avitaminosis y otros nutricionales (260- 269)	9,1	2,1	9,3	15,0	48,4
Homicidios y guerra (E.960-978, E.990-999)	5,1	24,0	—	29,9	20,5
Mal definidos (780-796)	38,7	151,8	208,3	258,9	208,0

*Causas según CIE (8.^a revisión).

Fuente: Garfiel⁶

llecimiento de Nicaragua y otros países centroamericanos (tabla 1)⁶. En 1973, la tasa de mortalidad por Enfermedades Infecciosas y Parasitarias era estimada en 141,8 la de Enfermedades Diarreicas en 97,0, y la Neumonía e Influenza en 190,5 por 100.000 habitantes. Las tasas no están estandarizadas por edad y los factores de error son múltiples, por lo que las comparaciones deben hacerse con precaución. Las diferencias con Costa Rica parecen sin embargo evidentes.

Nicaragua tenía, antes de la revolución, un sistema de atención médica caracterizado por la descoordinación, la baja cobertura de servicios, la desigualdad geográfica y social y la centralización de recursos. Múltiples administraciones operaban separadamente en cada provincia sin coordinación entre sí, la gran mayoría de servicios se concentraban en la población urbana de la capital, en detrimento de la población rural⁷.

El Instituto de Seguridad Social de Nicaragua (INSS) organizado en 1957, cubría en el año 1977 al 16% de la población económicamente activa y a solo el 8,4% de la población total del país, a pesar de que controlaba el 50,4% del gasto sanitario⁷. El Ministerio de Salud controlaba solo el 16% del gasto y tenía toda la responsabilidad de la atención rural, a pesar de lo cual se calculaba que el 75% de su presupuesto se distribuía en Managua⁷.

Mientras Managua concentraba el 25% de los habitantes en 1972, la mitad de los médicos y más de dos tercios de las enfermeras trabajaban en esta ciudad. Se estimaba en 1977 que solo el 28% de la población tenía algún acceso a la atención médica y que más de tres cuartos de los recursos beneficiaban al 10% de la población⁸.

Al producirse el derrocamiento de la dictadura en 1979, Nicaragua se encuentra en ruina. Deudas de más de 4 mil millones de dólares, apenas 3 millones de dólares en el sistema bancario, aproximadamente 35 mil muertos, de 80 a 100 mil heridos, 40 mil niños huérfanos y un millón de personas necesitadas de asistencia urgente para sobrevivir, es la herencia dejada por Somoza².

El desarrollo de un nuevo modelo sanitario

Una de las primeras medidas del nuevo gobierno revolucionario fué la creación, el 8 de agosto de 1979 del Sistema Nacional Unico de Salud (SNUS) que integró el INSS, bajo la dirección de un nuevo ministro, el Ministerio Nacional de Salud (MINSAL).

El Sistema Nacional Unico de Salud (SNUS) tiene 6 principios fundamentales¹:

1. La salud es un derecho de todos los individuos y una responsabilidad del Estado y del pueblo organizado.

Tabla 2. Modelo de regionalización sanitaria de Nicaragua

Nivel	Ambito	Cobertura	Institución	Función
Primer Nivel	Sector	2 a 3.000 habitantes	Puesto de Salud	Operativa Asistencial
	Area	20 a 30.000 habitantes	Centro Salud	Preventiva
Regional	Región	Población de toda la región	Hospitales de referencia MINSA Regional	Adecuación Planes y Programas. Gestión recursos región
Nacional	Nacional	Todo el país	Hospitales Especializados MINSA	Normativa. Elabora planes y Programas.

2. Los servicios de salud deben tener la mayor accesibilidad para toda la población tanto desde el punto de vista geográfico y jurídico, como económico y cultural.

3. Los servicios de salud deben tener un carácter integral.

4. El trabajo de salud debe realizarse en equipo.

5. Las actividades de salud deben ser planificadas, en el entendido que la planificación es el instrumento de dirección más idoneo para racionalizar el uso de los recursos.

6. La comunidad debe participar en todas las actividades del SNUS. Simultáneamente se crean nuevos servicios y se reordenan los existentes a través de un proceso de regionalización en el que se establecen tres niveles de atención (tabla 2)⁹.

El primer nivel, constituido por las áreas de salud, representa la unidad base del sistema con límites territoriales y poblacionales definidos (20 a 30 mil habitantes). La atención integral es brindada a través de un Centro de Salud, o a nivel de una unidad territorial más pequeña, el Sector, por intermedio de un Puesto de Salud (para 2 a 3 mil habitantes).

El segundo nivel de atención, de referencia regional, comprende las unidades hospitalarias ubicadas en las capitales de departamento o sedes regionales. Reciben pacientes referidos de hospitales de menor complejidad, así como de áreas de salud ubicadas en su ámbito de influencia.

El tercer nivel de atención de re-

ferencia nacional, dispone de los hospitales con servicios especializados. Dada su complejidad y la escasez de recursos, se concentran como servicios de referencia para todo el país.

La gestión se efectúa a tres niveles: el nivel central, normativo, define las políticas, planes, programas y normas para todo el país. El nivel regional (a través de 9 regiones) adecua los planes y programas a las particularidades de cada región. El nivel operativo, con función ejecutiva, está constituido por los equipos de trabajo de cada unidad (área de salud, hospital, centro de salud, unidad docente).

Principales estrategias de acción

Las estrategias de acción más importantes son:

a) *Extensión de la cobertura.*

El principal objetivo sanitario de la revolución ha sido aumentar la cobertura de servicios a través del desarrollo de la atención primaria de salud.

Esta extensión de la cobertura ha supuesto un aumento absoluto de servicios especialmente orientado a tres sectores de la población históricamente desasistidos: campesinos (en 1986 el 43 % de la población era rural), comunidades indígenas y población marginal urbana. Simultáneamente se han redistribuido recursos y orientado las prestaciones y acciones hacia regiones y zonas hasta ahora poco atendidas o que nunca han tenido acceso a la atención médica.

Esta política de garantizar un principio de igualdad, está sustentada en un importante incremento de recursos físicos, humanos y financieros.

Los recursos humanos empleados en el sector salud crecieron un 49%, pasando de 15.792 trabajadores en 1980 a 23.560 en 1986⁹.

Se crearon 13 nuevas unidades docentes para técnicos y auxiliares y una nueva facultad de medicina. El número de estudiantes de medicina se multiplicó por 10 (había 900 en 1984). Simultáneamente se amplió y mejoró la formación post-graduada (había 146 médicos en formación en 16 nuevos programas de residencia en 1984)⁷.

El servicio social requerido a los médicos recién graduados se extendió de 1 a 2 años con lo que se pudo ampliar la cobertura en áreas rurales⁷. El índice de médicos por 10.000 habitantes entre 1977 y 1984 pasó de 5,2 a 6,9, el de enfermeras de 2,3 a 4 y el de auxiliares de enfermería de 11,9 a 13,9 (tabla 3)⁹.

Hay que señalar que el esfuerzo del gobierno se ha visto complementado por una importante solidaridad internacional, al punto que en 1984, el 30 % del personal médico, eran médicos cooperantes provenientes de diversos países del mundo, entre ellos España.

El crecimiento de unidades de atención médica ha sido también espectacular. Como puede comprobarse en la tabla 3, la prioridad fundamental fué la atención primaria, cuyas unidades pasaron de 172 en

Tabla 3. Evolución de indicadores de recursos. Nicaragua 1977-1984

Indicadores	1977	1980	1981	1982	1983	1984
<i>Físicos</i>						
Unidades de atención primaria entros y puestos de salud)	172	366	460	415	501	487
Camas / 1.000 habitantes	1,7	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6
<i>Humanos</i>						
Médicos / 10.000 habitantes	5,2	4,4	5,5	6,7	6,9	6,9
Enfermeras / 10.000 habitantes	2,3	3,0	3,1	2,7	3,9	4,0
Auxiliares / 10.000 habitantes	11,9	14,2	14,1	14,0	14,0	13,9
<i>Financieros</i>						
Gasto en salud como % del PIB	—	3,0	4,0	4,0	4,2	4,4
Presupuesto nacional % destinado a salud	8	11	11	13	14	14

1977 a 487 en 1984. Las camas hospitalarias en cambio solo han crecido ligeramente, para compensar el crecimiento poblacional y mantener casi constante el índice de camas por mil habitantes.

En 1982 había en Nicaragua 31 hospitales, 15 centros de salud con camas, 85 centros de salud sin camas y 363 puestos de salud¹⁰. En 1984 había 200 centros de salud y 5 hospitales (800 camas) en construcción, la mayoría en zonas rurales y zonas desasistidas⁷.

El aumento de cobertura poblacional se refleja en el crecimiento del índice de consultas médicas por habitante que pasó de 1,1 en 1977 a 1,9 en 1984 (tabla 4). El número de controles prenatales creció igualmente de 137.623 en 1981 a 319.271 en 1985¹.

El gasto en salud ha crecido también considerablemente, medido tanto como porcentaje del PIB, como en porcentaje del presupuesto nacional (tabla 3)⁹.

b) Programas sobre grupos de riesgo y problemas prioritarios.

Otra de las principales estrategias de la nueva política sanitaria es el desarrollo de programas preventivo-curativos que están centrados en la atención materno-infantil, las enfermedades inmunoprevenibles,

el control de la malaria y tuberculosis y la atención de los heridos de guerra.

La importancia de las acciones sobre el sector materno-infantil se justifica por el hecho que la población es extremadamente joven, un 58% es menor de 20 años, un 39,5% tiene entre 20 y 64 años y solo un 2,5% es mayor de 64 años⁹. La tasa de natalidad alcanza el 42 por mil habitantes y el crecimiento demográfico anual es estimado en un 33,6 por mil habitantes⁹.

La población inmunizada con BCG pasó de 79.680 en 1980 a 225.443 en 1984, con antisarampión de 101.402 a 273.018, con antipolio de 237.620 a 462.775 y con DPT de 70.251 a 119.773¹. Para evaluar el aumento real de cobertura hay que tener en cuenta el propio aumento de la población infantil, pero si se observan los datos disponibles sobre niños menores de un año vacunados se puede constatar que aumentaron de 1980 a 1985 de forma considerable para la mayoría de las vacunas (tabla 4).

Para reducir la mortalidad infantil se promovió, entre otras medidas, la creación de unidades especiales de rehidratación dentro de hospitales y centros de salud. En 1981 se

organizaron 224 unidades de rehidratación oral para la prevención y el control de la diarrea infantil⁵.

c) Participación de la comunidad.

La extensión de la cobertura de servicios y parte de los programas de salud están sustentados así mismo en un aumento de recursos sanitarios no profesionales a través de la participación y organización de la comunidad para el mejoramiento de su propia salud. Para promover la participación de la población se impulsaron tres estrategias⁵:

La primera fue la creación de la División de Educación y Comunicación Popular en Salud (DECOPS) dentro del MINSA que prepara material docente y adiestra personal comunitario para participar en campañas como por ejemplo la campaña nacional para la prevención y tratamiento de la malaria.

La segunda fue crear los Consejos Populares de Salud a nivel local, regional y nacional que institucionaliza la participación de diversos organismos representativos de la sociedad civil en órganos de gestión del sistema sanitario.

La tercera fue la organización de las Jornadas Populares de Salud. En 1981 por ejemplo se realizaron cinco jornadas nacionales, dos para vacunación, una para limpieza del

medio ambiente, una contra el dengue en el que se distribuyeron más de 1 millón de paquetes insecticidas para eliminar las larvas del mosquito y otra, más ambiciosa aún, contra la malaria. En 1982 se adiestraron 8.000 trabajadores de salud (Brigadistas) en conceptos de atención primaria y cuidados materno-infantiles⁵.

La formación de "Brigadistas" a partir de agentes de la comunidad ofrece una opción estable de trabajo en el sistema sanitario. En 1984 se estimaba que había 25.000 brigadistas permanentes trabajando en acciones de salud⁷. Su trabajo se complementa con jornadas populares de salud, que se celebran en fechas concretas y con amplia participación comunitaria.

La eficacia de algunas de estas acciones puede observarse en relación a las vacunas. Los porcentajes de vacunación con antipolio y antisarampión, que se realizan a través de las jornadas, son más elevados que los alcanzados con DPT, que se aplica rutinariamente a través de los servicios sanitarios (tabla 4).

d) Acciones intersectoriales.

Las acciones de salud se integran y coordinan con otras acciones que involucran al sector de educación, vivienda, producción de alimentos y defensa, y que tienen considerable importancia en el nivel de salud de la población.

En el campo de la educación se han realizado campañas importantes. La "Cruzada Nacional de Alfabetización" de 1980 movilizó a 100.000 educadores que se desplazaron por todo el país. Como resultado se redujo considerablemente la tasa de analfabetismo, que pasó en las áreas rurales de un 70 a un 12%⁹. El número de niños escolarizados pasó de 500.000 en 1979 a 1.000.000 en 1982⁵.

Para mejorar la producción y el consumo de alimentos se impulsó la formación de cooperativas agropecuarias. La familia Somoza era propietaria de aproximadamente un 20% de las tierras cultivables de Nicaragua que fueron organizadas como cooperativas de producción y más de 40.000 familias rurales tuvieron acceso en 1982 a la propiedad y producción agrícola⁵.

Algunos logros importantes y limitaciones que subsisten

La política de incrementar prioritariamente los servicios para los grupos de población con mayor riesgo ha dado buenos resultados. La importante reducción de la mortalidad infantil es uno de los mayores logros en el campo sanitario. La tasa de mortalidad infantil se redujo de 121 por mil nacidos vivos en 1977 a 64,6 por mil en 1985 (tabla 5). La expectativa de vida al nacer pasó de 52,5 años en 1979 a 59,8 años en 1984^{9,3}. Como consecuencia de las campañas masivas de vacunación, se redujeron espectacularmente los casos de poliomielitis y sarampión desde 1982. En 1984 los casos declarados de malaria se redujeron a la mitad¹¹. La diarrea había caído de la primera a la cuarta causa de mortalidad hospitalaria⁷.

La población protegida por la seguridad social se amplió del 16% en 1979 al 32% en 1984. En ese año se estimaba que más del 80% de la población tenía acceso a la atención médica⁷.

Tabla 4. Evolución de indicadores de cobertura. Nicaragua 1977-1984

Indicadores	1977	1980	1981	1982	1983	1984
Consultas médicas por habitante / año	1,1	1,8	1,9	2,1	2,1	1,9
Altas hospitalarias por 1.000 habitantes	49	65	67	67	69	63
Porcentaje de niños menores de 1 año vacunados:						
DPT	25,6	15,4	23,0	26,8	23,9	33,3
Polio	62,5	21,6	24,2	71,9	88,0	80,8
Sarampión	—	15,3	20,0	40,2	41,4	47,1
TBC	19,1	33,1	65,2	81,8	88,6	98,0
Población servida con agua potable (%)						
Urbana	63	—	—	—	80,0	—
Rural	6	—	—	—	9	—
Total	34,5	—	—	—	46,0	—
Población con eliminación de excretas (%)	17,2	—	—	—	20,5	—

Tabla 5. Indicadores de nivel de salud. Nicaragua 1977- 1986

Indicadores	1977	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Años de esperanza de vida al nacer	52,5	—	—	—	—	—	59,8	—
Tasa de mortalidad infantil / 1.000 nacidos vivos	121,0	98,2	88,2	80,2	75,2	77,6	74,5	64,6

La mayor equidad en la disponibilidad y utilización de servicios sanitarios se puede comprobar además a través de algunos indicadores. La razón entre el índice de visitas ambulatorias per capita entre las regiones con mayor y menor índice pasó de 4:1 en 1980 a 3:1 en 1982. La variación extrema en las tasas de hospitalización se redujo de 2,5:1, a 2:1. En el mismo período la razón, en relación al índice de médicos por habitantes, entre la mejor y peor región, que era de 16:1 pasó a 3:1, y el de enfermeras por habitantes de 5:1 a 2,5:1⁷.

Estos indicadores expresan éxitos indudables del nuevo modelo sanitario y social. No se puede ocultar sin embargo, que aún subsisten graves problemas de difícil solución en un país de por sí pobre, con escasos recursos, y con un profundo subdesarrollo económico técnico y cultural.

Más de la mitad de la población carece de un servicio de provisión de agua domiciliar y más del 70 % carece de un servicio de eliminación sanitaria de excretas. Solo un 56 % de los municipios cuentan con un sistema regular de eliminación de basuras¹. La mortalidad infantil es aún elevada, asociada en gran parte a enfermedades digestivas originadas en los problemas básicos de saneamiento, desnutrición y malnutrición. El parto con atención institucional representa solo el 45 % de los partos producidos¹ y las enfermedades transmisibles asociadas a problemas ambientales tienen un peso considerable en la morbimortalidad.

No hay que olvidar además, que Nicaragua está sometida a un bloqueo económico y una guerra no declarada por parte de Estados Unidos. Desde el punto de vista sanitario, las consecuencias del bloqueo se manifiestan principalmente en las disponibilidades de productos farmacéuticos¹², instrumental, recambios para los equipamientos médicos y hasta un grave déficit de papel, necesario para recetas y documentaciones médicas.

En el curso de los cambios profundos descritos anteriormente se han producido también como es lógico pensar, errores y conflictos. Los conflictos han sido a veces resultado de enfrentamientos de intereses de competencia profesional como por ejemplo entre médicos y brigadistas. La introducción masiva de personal no médico ha hecho perder parte de la influencia tradicional de los médicos. Otra situación conflictiva fué la ampliación de la cobertura y los servicios a la población marginada. Representó una pérdida de privilegios para ciertos sectores sociales que se expresó como oposición a integrar el INSS dentro del MINS⁷.

Uno de los errores reconocidos por el propio gobierno fué el exceso de centralización. En 1983 y 1984 se cambiaron criterios de planificación y se reformaron algunos principios excesivamente centralistas. Se otorgaron atribuciones a las regiones para definir sus propios programas en función de sus prioridades y organizar jornadas regionales de acuerdo a sus posibilidades.

Nicaragua no es un paraíso, tiene sin embargo el mérito de estar realizando cambios importantes, en medio de dificultades extremas, en una gesta que alimenta la esperanza en el derecho a la dignidad de los pueblos y en el avance de la humanidad.

Las consecuencias de la guerra de agresión

El impacto de la guerra de agresión externa desde el punto de vista sanitario es considerable. Al analizar la evolución sanitaria de Nicaragua desde el 1979 hasta la fecha, puede observarse que la mayor parte de los indicadores evolucionan favorablemente hasta el año 1983.

A partir del inicio e intensificación de las acciones militares de "la contra" se puede constatar el efecto negativo de la guerra.

Se pueden analizar cinco efectos principales, algunos de los cuales

generan a su vez, otras consecuencias secundarias negativas:

a) Mortalidad y morbilidad de guerra.

b) Ataques directos a centros sanitarios, con destrucción y/o abandono de recursos y actividades sanitarias.

c) Disminución del presupuesto destinado a sanidad en favor del de defensa.

d) Desplazamientos de grandes masas de población civil de zonas de guerra en la frontera de Honduras y Costa Rica hacia otras zonas y reasentamiento de las mismas.

e) Movilización de profesionales y trabajadores sanitarios, destinándoles a nuevas tareas en áreas de producción y defensa.

Hasta finales de 1986 se estiman 17.514 heridos en la población nicaraguense, 4.911 muertos (entre ellos 331 niños menores de 15 años), y 9.132 niños huérfanos⁹. En la región I, (región de Estelí próxima a Honduras) en el año 1986 las heridas por armas de fuego habían pasado a ser la principal causa de muerte en la población general. Hasta diciembre de 1985 se había documentado el asesinato por parte de "los contra" de 42 trabajadores sanitarios (entre ellos un médico cooperante francés, otro alemán y una enfermera española)¹³.

Hasta el año 1986 la acción de la contra había destruido 300 centros de trabajo, 58 escuelas, 65 centros de salud y 1 hospital¹³. Además 45 unidades de salud, localizadas en zonas de guerra habían sido abandonadas por el gobierno. Se estima que aproximadamente un 10% de los habitantes habían perdido el acceso a la atención médica por causa de la guerra¹³.

La reducción de la cobertura de vacunas en las zonas de guerra (Región 1 y 6) dió lugar a epidemias de sarampión en esas regiones durante el año 1985 y 1986¹³. De 1983 a 1984 se produjo una caída del 9% en las visitas ambulatorias y del 10% en el número de hospitalizaciones. La cobertura del programa de suplementación alimentaria

para niños malnutridos se estima que cayó del 38 en 1983 al 28% en 1985. La cobertura del programa de atención post parto para niños de bajo peso al nacer se redujo del 52 al 33 por ciento en el mismo período¹³.

En relación a los programas contra el dengue y la malaria, el bloqueo económico dificulta la importación de insecticidas de los Estados Unidos y faltan medios para luchar contra el mosquito vector⁴. La severa epidemia de dengue de 1985 y el recrudecimiento de la malaria y leishmaniasis ha sido atribuida así mismo a los desplazamientos forzados de población civil y de soldados movilizados desde áreas endémicas a áreas no endémicas⁴. Se calcula que más de 250.000 habitantes han debido abandonar sus hogares como consecuencia de la guerra¹³.

En 1985 y 1986 casi el 40 % del presupuesto nacional se ha tenido que destinar a sufragar necesidades de la defensa, que ha pasado a ser lógicamente la primera prioridad nacional. Esto ha obligado a redesarrollar recursos financieros, materiales y personales desde otros sectores entre ellos el sanitario, lo que ha significado un desmantelamiento en muchos departamentos del MINSA.

El contraste entre la magnitud del aporte norteamericano para la financiación de la guerra con los escasos recursos de un pequeño país como Nicaragua es enorme. Cada ayuda financiera de 150 millones de dólares concedida por el gobierno de Reagan para los aproximadamente 5.000 mercenarios que forman la "contra" es equivalente al 25 % de todas las exportaciones de un año del país. Con 400 millones de dólares podría servirse con agua potable al 100 % de la población

urbana y al 50 % de la rural y con eliminación de excretas al 50 % de la población urbana⁹.

Una delegación de 200 médicos y profesionales sanitarios provenientes de 22 estados de USA y Canadá, que visitaron Nicaragua para analizar los efectos biológicos, económicos y psicológicos de la guerra¹⁴ constató y documentó la política de la "contra" de convertir los recursos civiles en objetivos militares de atacar contra cooperativas agrarias para impedir el cumplimiento de los programas de nutrición. Han documentado además la violación sistemática de los principios de la Convención de Ginebra de 1949 por el ataque a médicos, enfermeras, centros de salud, etc. Hay que tener en cuenta que el artículo 9 de la Convención establece que: "Se debe garantizar al personal médico y religioso toda la ayuda necesaria para el cumplimiento de sus obligaciones", y que el artículo 11 dice "Unidades Médicas y transportes médicos deben ser respetados y protegidos todo el tiempo y no deben ser objeto de ataque"¹⁴.

En una nota editorial del *Am J Public Health*¹³ se denuncia que "la decisión de la administración norteamericana, de incrementar el conflicto y la ayuda a los 'contras', refleja una decisión paralela de que las documentadas muertes y enfermedades civiles, son un aceptable precio a pagar. Los sufrimientos de los nicaragüenses para cumplir con objetivos estratégicos norteamericanos, parecen ser estudiosamente ignorados.»

El 27 de junio de 1986 el Tribunal Internacional de Justicia de la Haya, dictó una sentencia que condena al gobierno de EEUU por la ayuda a la "contra" como una violación del derecho internacional.

La acción del gobierno norteamericano, los efectos humanos y sanitarios de su injusta guerra de agresión contra un pequeño y pobre país, viola el derecho a la vida y como tal merece una clara condena de los profesionales de la salud pública.

Bibliografía

1. Ministerio de Salud. República de Nicaragua. *Plan Nacional de Salud 1987*. Managua, 1987.
2. Centro de Comunicación Internacional, editores. *¿Cómo va Nicaragua?*. Managua, 1987:18-22.
3. *Health Conditions in the Americas*. Scientific Publication 427 Washington, DC. Pan American Health Organization, 1982.
4. Braveman P, Siegel D. Nicaragua: a health system developing under conditions of war. *Int J Health Serv* 1987;17 (1):169-78.
5. Donahue JM. Planning for primary health care in Nicaragua: a study in revolutionary process. *Soc Sci Med* 1986;23 (2):149-57
6. Garfield RM, Rodríguez PF. Health and health services in Central America. *JAMA* 1985; 254:936-43
7. Garfield RM, Taboada E. Health services reforms in revolutionary Nicaragua. *Am J Public Health* 1984; 74 (10):1138-44.
8. Garfield RM, Halperin DC. Health care in Nicaragua. *Engl J Med* 1983;309:193
9. Ministerio de Salud. República de Nicaragua. Condiciones de Salud y logros alcanzados. Informe del Ministro de Salud presentado en la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana. Managua, 1986:6-26
10. Ministerio de Salud. República de Nicaragua. División de Estadística e Informática. *Anuario Estadístico 1982*. Managua, 1983.
11. Garfield RM, Vermund SA. Changes in malaria incidence after a mass drug administration campaign in Nicaragua. *Lancet* 1983; 2:500-3.
12. Laporte JR, Tognoni G. La política de medicamentos en Nicaragua: entre la satisfacción de necesidades y la agresión exterior. *Cuadernos médico sociales*. (Argentina) 1987; 39:71-6.
13. Garfield RM, Frieden T, Vermund SH. Health-related outcomes of war in Nicaragua. *Am J Public Health* 1987; 77 (5):615-8
14. Siegel D, Baron R, Epstein P. Health consequences of war in Nicaragua. *Lancet* 1985; 1 (8444):492-3

