

XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION

T/46

1-63

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL

LA EXTENSION DE COBERTURA DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD
EN EL SOMOCISMO Y EN EL SANDINISMO: UN ESTUDIO COMPARATIVO
(1975-1983)

Tesis profesional

Que para obtener el título de

Maestría en Medicina Social, presenta:

SONIA MARIA RADAELLI,

124424

México, D.F.

1981

25900

INDICE GENERAL

RECONOCIMIENTOS	I
INTRODUCCION GENERAL	1
CAPITULO 1. HACIA UNA VISION CRITICA DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD	9
Introducción	9
1. Un Breve Resumen Histórico de la Estrategia mundial de Salud para Todos en el Año 2000 y los Aspectos Técnicos de la Atención Primaria de Salud	15
1.1. El resumen histórico	15
1.2. Los aspectos técnicos	19
2. La Crítica Teórico-Metodológica y el Concepto de Salud	28
3. La Atención Primaria de Salud y su Relación con las Categorías Producción-Sociedad-Estado	36
3.1. Sobre la relación Atención Primaria de Salud y desarrollo	36
3.2. Las implicaciones sociales de la Atención Primaria de Salud	42
3.2.1. Los objetivos sociales	42
3.2.2. Un sujeto a priorizar	49
3.3. La política en la Atención Primaria de Salud	18
4. La Participación Popular en Salud	52
4.1. La responsabilidad en la definición de la Atención Primaria de Salud	53

4.2.	El concepto de desarrollo de la definición de la Participación Popular en Salud	57
4.3.	Otros aspectos a criticar	58
4.4.	Una propuesta alternativa de Participación Popular en Salud	60
NOTAS		65
CAPITULO II, HACIA UNA DEFINICION GENERAL DEL ESTADO Y SU RELACION CON LA PRACTICA MEDICA		73
Introducción		73
1.	El Estado, la Política y la Política Sanitaria	74
1.1.	Definición teórica del Estado	74
1.2.	Definición de política y política sanitaria	78
2.	El Estado y su Relación con la Práctica Médica	80
2.1.	Estado Liberal y Estado Liberal Oligárquico	83
2.2.	Estado Bienestar o Estado Planificador [Populismo]	89
2.3.	Estado de la crisis [Milton Friedman vs. John M. Keynes]	96
NOTAS		106
CAPITULO III, HACIA UNA CARACTERIZACION DE LA FORMACION ECONOMICO-SOCIAL NICARAGUENSE EN SUS DOS FASES, LA TRANSICION Y EL CARACTER DE LA REVOLUCION POPULAR SANDINISTA		109
Introducción		109
1.	La Formación Económico-Social en el Somocismo	110

1.1.	La producción	110
1.1.1.	Patrón de acumulación y relaciones con el capitalismo del centro	116
1.2.	Estructura de las clases sociales	118
1.2.1.	Las clases sociales en el campo	118
1.2.2.	Las clases sociales en la ciudad	123
1.3.	El carácter del Estado somocista	126
2.	Las Transformaciones de la Formación Económico-Social con la Revolución en el Poder	127
2.1.	La producción	127
2.1.1.	El nuevo patrón de acumulación	132
2.2.	La lucha de clases	134
2.3.	El carácter del nuevo Estado y las organizaciones de masas	140
3.	La Transición y el carácter de la Revolución Popular Sandinista	154
	NOTAS	161
	CAPITULO IV, HACIA UN ANALISIS COMPARATIVO QUE PERMITA DIFERENCIAR LA SALUD EN DOS MOMENTOS DE LA HISTORIA DE NICARAGUA (EL DEL SOMOCISMO Y EL DEL SANDINISMO)	167
	Introducción	167
1.	La Organización de los Servicios	168
1.1.	El período somocista	168
1.2.	El período de la revolución en el poder	188

2.	Las Políticas Generales del Estado y las Políticas Sanitarias	201
2.1.	Las políticas del Estado en el período somocista	202
2.1.1.	Las políticas generales	202
2.1.2.	Las políticas sanitarias	209
2.2.	Las políticas del Estado en el período de la revolución en el poder	211
2.2.1.	Las políticas generales	211
2.2.2.	Las políticas sanitarias	218
3.	La Extensión de Cobertura: Atención Primaria de Salud y Participación Popular en Salud	225
3.1.	El período somocista	225
3.2.	El período de la revolución en el poder	232
3.2.1.	Programa de extensión de cobertura rural	234
3.2.2.	La extensión de cobertura urbana	237
3.3.	La PPS en el período somocista	243
3.4.	La PPS en el período de la revolución en el poder	246
4.	La Producción de los Servicios	251
4.1.	Unidades Sanitarias	252
4.2.	Consultas Médicas	254
4.3.	Atención a la Madre	255
4.4.	Inmunizaciones	260
4.5.	Control de la Tuberculosis	262
4.6.	Control de la Malaria	263
4.7.	Formación de Recursos Humanos	264
	NOTAS	272

CAPITULO V. CONCLUSIONES	278
NOTAS	288
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	289
ANEXOS	300

R E C O N O C I M I E N T O S

Al mirar este ensayo en su conjunto me vienen a la memoria la infinidad de personas que permitieron su realización. Fueron la presencia, cercana o lejana, más allá de las naciones -en México, Nicaragua y Brasil-, de mis compañeros de trabajo, de mis maestros, de mis amigos, los que permitieron los primeros pasos y la gran carrera, de la elaboración del di se ño de la investigación a la redacción final de esto que fue una primera aproximación individual en las tareas de la investigación del área de la Medicina social.

El resultado individual de una investigación está rodeado y representa, en cierta manera, el producto de una sí n tesis social en la que intervienen infinidad de elementos indi vi duales y colectivos, reales e imaginarios; desde las in flu encias externas que determinaron mi rumbo en la investigación como lo es el propio momento histórico que vivimos, la co y untura de una crisis que opera como catalizador y como lugar y tiempo de mi proceso individual de conocimiento hasta la ayu da del informador desconocido o el incentivo que representa ver a un pueblo que lucha por su autodeterminación, por su au tonomía.

Con pleno conocimiento de que me faltará espacio pa ra mencionar a todas las personas que influyeron, directa o in directamente, en la gestación de este proceso, recorro el espa cio de mis tres años en México, en la Maestría en Medicina Social, con mis compañeros, con mis amigos, con mis maestros y con Héctor Salazar -director de mi tesis-. Recorro la viven

cia que tuve en Nicaragua en el Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES), con mis compañeros de trabajo, y en el Ministerio de Salud; en las calles, con el pueblo nicaraguense en marcha, como miles de revolucionarios anónimos y recuerdo que cada rostro, que cada gesto, que cada grito y que cada canto definían profundamente las imágenes que registraba en mi retina y en mi memoria. Recorro espacios anteriores a este, desde el distante Brasil, y me vienen a la cabeza todas las personas que me apoyaron para que viniera a México, para que aterrizara en "la gran tortilla de diamantes" para llevar a cabo la Maestría en Medicina Social. Quiero dejar registrado, en esta página, mi agradecimiento a todos ellos.

Sin olvidar, como ya dije, la ayuda del informador anónimo, de los que no tienen un nombre, de los sujetos sociales que me inspiraron, de los impulsos ideológicos que me motivaron como las luchas del pueblo nicaraguense, de mis compañeros y paisanos brasileños, de mis amigos y hermanos mexicanos y de los ciudadanos que en cualquier lugar del mundo luchan contra la opresión.

Finalmente, al hermoso compañero con quien comparto mi vida: a Othón ... que sabe porque.

INTRODUCCION GENERAL

Un acontecimiento que conmovió al mundo durante el final de la década pasada fue el triunfo de la Revolución Popular Sandinista (RPS). Al paso de los años, el interés sobre el curso que seguía la RPS iba incrementándose. La gente interesada se mantenía atenta a todos sus logros y los obstáculos por los que atravezaba. Hoy, la contrarrevolución y el imperialismo norteamericano encabezado por el vaquero siniestro Ronald Regan, pone en peligro los avances de la RPS. Uno de los tópicos que más se menciona para medir los alcances y el carácter progresivo del régimen revolucionario es el relacionado con la salud.

Ante las incógnitas que deja el humo de una revolución y el velo obscuro de una realidad deformada por el imperialismo y sus agencias informativas. Ante los dilemas forzados, las opiniones polarizadas por la torrida confrontación que cada día se tensan y se esquematizan más por la propia lucha de contrarios, me surgió una propuesta, una necesidad de información que desmistificara, que pudiera coadyuvar a un proceso de aclaración de la realidad y del grado de avance de una revolución en pleno auge, algo que substituyera a la defensa ideologizada y a la cita fácil de cualquier manual, algo sencillo y evidente; es así como racionalice mi inquietud de saber los logros de la RPS en relación con la Extensión de Cobertura (EC). Este proceso coincidió con una serie de acontecimientos que culminaron en lo que hoy es este pequeño trabajo de in

investigación.

Habiendo terminado mis estudios en la Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), se me ocurrió que la elaboración de mi tesis de grado podría ser una buena oportunidad para aportar algo al proceso que vivía la RPS. En aquel año (1982) se realizó en Nicaragua Libre el Segundo Seminario Latinoamericano de Medicina Social. Ahí concurrieron trabajadores e investigadores de la Medicina Social de 18 países de América Latina y también de Estados Unidos, los cuales se comprometieron en impulsar acciones concretas de solidaridad con Nicaragua. Fue así como decidí que podía canalizar mis esfuerzos hacia la investigación de algún problema relacionado con la salud que fuera de importancia para la Nicaragua revolucionaria. A través de la Maestría en Medicina Social decidí escribir al Ministerio de Salud preguntando qué campo de la salud les gustaría que fuera estudiado de acuerdo a sus necesidades. Me contestaron sugiriéndome el estudio de la política de Salud para Todos en el Año 2000 - - (SPT 2000). Así se concibió este trabajo, se amalgamó una tarea escolar con una necesidad de conocer, de aportar, de colaborar un poco, desde donde podía hacerlo.

Paso a paso, fui definiendo mi futuro estudio. Comence por delimitar el universo de la SPT 2000 a una parte de ella, la Atención Primaria de Salud (APS). También de la elaboración de mi protocolo a mi estancia en Nicaragua para observar más de cerca el proceso y recabar la información necesaria. Después de estas fases pude delimitar definitivamente el obje-

to de estudio, decidí que la mejor forma de abordar la APS en Nicaragua era a través de un estudio comparativo. Las fronteras espaciales y temporales de mi trabajo se iban conformando. Respecto al tiempo, el período quedaba establecido a partir del año de 1975 para culminar en 1979, el mes de julio partiría en dos el arco de años a estudiar, la revolución determinaba esta división. Al primer período (1975-1979) lo llamaré *período somocista*, escogí el año de 1975 para su inicio, porque fue en aquel año cuando comenzaron a implementarse una serie de programas destinados a extender la cobertura de los servicios sanitarios, con las estrategias de la APS y de la Participación Popular en Salud (PPS). El 19 de julio de 1979 la historia de Nicaragua se partió en dos, con el triunfo de la RPS se logró una importante transformación en la vida de este país, de ahí arrancaría la segunda parte de mi periodización. Al período que va del 19 de julio de 1979 al mes de mayo de 1983 lo llamé *período de la revolución en el poder*. La dicotomía temporal escogida sirve a las necesidades propias del estudio, ya que permitirá observar las transformaciones y el funcionamiento que ha tenido el sector salud en cuanto a su organización, política, programas y producción.

En lo referente al espacio geográfico de esta tesis, es Nicaragua en su totalidad y en los dos períodos mencionados, dado que en ambos se asume la SPT 2000 con tácticas y estrategias diferentes, ambos regímenes buscarán ~~de~~ formas diferentes-, cumplir con esa meta. En este espacio territorial intentaré ~~como~~ objetivo central-, verificar la manera en que

la organización sanitaria, las políticas y los programas de acción estructurados como un todo a implementar a nivel nacional son realmente cumplidos por cada uno de estos dos regímenes, así como establecer cuáles son los matices que los diferencian. De ahí el título de la investigación: *La Extensión de Cobertura de la Atención Primaria de Salud en el Somocismo y en el Sandinismo: Un estudio comparativo (1975-1983)*.

Avanzado el proceso de investigación, había que volver al dispositivo teórico y definir muy brevemente las categorías, conceptos, relaciones y procesos sobre los cuales iba a trabajar la información obtenida. A lo largo del trabajo de detalle cada una de las herramientas teóricas de las que hice uso, definidas todas ellas de acuerdo a los elementos que la realidad me proporcionaba desde la observación y la entrevista hasta la investigación documental y la recabación de otras fuentes como periódicos, revistas y libros escritos sobre el tema. La relación proceso de producción, sociedad, Estado y su contemporánea relación entre la base y la estructura guían la exposición de este estudio. El principio de entender el proceso de producción como unidad de momentos de producción y reproducción, es un criterio que permea el análisis de mis datos. Todo análisis comparativo implica trascender las analogías, las convergencias y las divergencias empíricas e inmediatas. Para que un estudio comparativo sintetice el análisis con la síntesis debe buscar las raíces estructurales y superestructurales del fenómeno, debe buscar todas las aristas que atraviesan al objeto de estudio desde lo económico, lo socioló

gico, lo político, lo ideológico y lo cultural. Es por todo esto que recurrí al estudio del Estado en su relación con la salud y a la categoría de formación social para enmarcar las diferencias entre dos momentos en la historia de un pueblo como el de Nicaragua. Finalmente es necesario caracterizar claramente el momento que vive la RPS para situar los logros y las limitaciones de una revolución que como tal es un proceso que se define día con día, en cada pequeña acción de la revolución en cada pequeña reacción de la contrarrevolución; por eso recurrí a la categoría de transición, en este caso de transición a la transición que al final del tercer capítulo es abordada.

Sobre la estructura del trabajo, iniciada la fase de exposición, el ritmo, la cadencia que subyace a la presentación de los datos, está determinada por una articulación que, más que racionalidad preconcebida, lugar común u esquemática organización de una exposición, representa un flujo, una búsqueda de salir de la monótona repetición. Darle movimiento al análisis comenzando por una crítica al concepto mismo de salud; entretelar el instrumental teórico con los datos que nos proporciona la realidad comenzando por la definición del Estado y su relación con la práctica médica vista a la luz de la historia del siglo; bajar el análisis hacia la caracterización de la formación económico-social nicaraguense en sus dos fases recientes hasta culminar con la caracterización de la RPS constituyen una primera parte del estudio que se extiende, para sintetizarse con una segunda parte donde toda la información procesada se tiñe, se entrelaza, se fusiona con todas las

reflexiones de los tres primeros capítulos de los que consta la primera parte. La culminación de esta síntesis está comprendida por las conclusiones que forman el cuerpo del capítulo quinto.

Finalmente considero importante adelantar algunas limitaciones de esta investigación, en primer lugar y a primera vista resulta difícil abordar de manera general un tema tan amplio como la APS en un país tan complejo como lo es Nicaragua. Lo que en apariencia puede parecer ambicioso fue una necesidad personal de abordar un fenómeno en su totalidad, para iniciarse a partir de un conocimiento integral. El futuro debe dar lugar a estudios que particularicen en cada una de los elementos que conforman la APS.

Hay algunas cuestiones sumamente complejas y que merecen una discusión más profunda como el concepto de salud y de PPS. En este trabajo planteo algunos elementos sobre estas cuestiones que van de acuerdo con los objetivos particulares de la investigación, de cualquier forma queda pendiente la profundización sobre el concepto de salud y PPS. Dejemos abierto el camino para investigaciones futuras sobre estos problemas particulares.

Otra limitación insuperable es de orden temporal, el estudio abarca hasta el mes de mayo de 1983. Un fenómeno tan dinámico como la RPS sujeto a presiones de todo tipo internas y externas resulta difícil de ser capturado, cada día que pasa hay una pequeña transformación que debe ser registrada, sin embargo esta limitación es justificada por el carácter específi-

co de un estudio que registra hechos definidos y enmarcados en términos de tiempo y espacio.

Considero pertinente puntualizar el carácter de mis fuentes de información y sus respectivos espacios y momentos de verificación, para evitar que se estiren mis conclusiones más allá de sus propios límites. Las fuentes utilizadas en su mayoría son, por así decirlo, oficiales y su constatación sólo pudo hacerse de manera directa en el Centro de Salud Silvia Ferrufino (Managua) y en la participación de representantes de los organismos de masas en una campaña de vacunación. Sin embargo faltó la constatación y el testimonio directo del usuario, del ciudadano más simple de un pueblo en lucha. El tiempo y mi novatez en el mundo de la investigación sobre Medicina Social fueron factores importantes en la determinación de esta limitación real en mi trabajo.

Por último quisiera externar una preocupación personal sobre el carácter de este trabajo y sobre lo que la medicina social pretende definir como su campo de estudio. Hay una enorme dificultad estructural en una disciplina que se encuentra en las fronteras de la ciencia natural y la social, en definir el propio objeto de estudio de esta disciplina. El carácter mixto, digamos complementario, de una disciplina como la medicina social vierte sus propias dificultades a los estudios que realiza, es complicado delimitar los campos y establecer categorías sociales atravesadas por el factor empírico de la técnica o de las tácticas y estrategias médicas, no se sabe donde empieza la medicina y donde la sociología. Algunos tra

bajos pierden el equilibrio y se cargan hacia cualquiera de los polos; este trabajo no pretende más que mantener la especificidad de lo médico y darle un contenido social, "sociológico", en su sentido menos tradicional; sin embargo los riesgos están ahí y esta tesis atraviesa este terreno minado y está sujeta a todas las deficiencias que conforman la base de esta joven manera de concebir la medicina. No es ninguna disculpa, simplemente una acotación.

Este trabajo no pretende más que cumplir modestamente como colaboración para un proceso que no se resuelva en lo médico-social sino en campos más amplios donde las masas tienen la palabra. De cualquier manera, esa lucha es un éter de momentos donde tiene su lugar la salud, la producción solo es en tanto que es reproducción y en esa percepción de la vida de un pueblo que lucha mi trabajo sólo desea aportar lo que le corresponde en la reproducción del sujeto social, en este caso un sujeto convulsionado y en constante movimiento y en defensa de sus logros. Este estudio no es una apología gratuita, pretende en la medida de sus posibilidades generar discusiones y aportar un análisis objetivo para una revolución que busca la verdad, no el elogio mistificador.

CAPITULO I. HACIA UNA VISION CRITICA DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Introducción

En el presente capítulo, pretendo desarrollar una crítica general a las posiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la llamada Atención Primaria de Salud (APS) las cuales se encuentran vertidas dentro de la serie "SALUD PARA TODOS" publicados por la OMS. Si bien es cierto que sobre este tema han sido editados innumerables trabajos, considero que los libros de esta serie concentran la información básica y las tesis más importantes que sobre este tema ha elaborado la multicitada organización. Hasta este momento se han publicado 8 libros de esta serie, siendo el libro número uno: *Alma Ata: Atención Primaria de Salud* el más importante y en el cual quedan plasmadas las directrices principales sobre las cuales se basan los libros posteriores; de tal manera que los siguientes libros sólo se encargan de profundizar en cada uno de los temas fundamentales de la APS ennumerados en el primero.

Mi crítica se desarrollará a partir del desglose, del discernimiento de los conceptos y categorías sobre los cuales la OMS fundamenta sus tesis acerca de la APS, tratando de establecer un eje central de esta crítica y haciendo una distinción de las particularidades de los conceptos y categorías principales.

En el primer apartado de este capítulo -un breve re

sumen histórico de la Estrategia Mundial de Salud Para Todos en el año 2000- hago una reseña de los aspectos histórico-políticos que dieron origen a la política de Salud Para Todos en el año 2000 (SPT 2000). Sin embargo, como la política se ve materializada en los aspectos técnicos, es que planteo dichos aspectos al final de este mismo apartado.

Posteriormente, entro de lleno a la crítica de las propuestas de la OMS estableciendo un orden expositivo acorde a sus planteamientos sobre la SPT 2000 y lo que no está explícito en su discurso.

La crítica que desarrollo utilizo como categoría de análisis la relación producción-sociedad-Estado, lease proceso productivo-sociedad civil-sociedad política y Estado.

La relación producción-sociedad-Estado es la forma en que Gramsci retoma el análisis marxista que hace del proceso de producción, de la "base económica", el centro motor de la sociedad capitalista. Gramsci resumirá esta posición diciendo que "la hegemonía nace de la fábrica".⁽¹⁾ La relación producción-sociedad-Estado es un continuo que parte de las contradicciones entre el capital y el trabajo en el proceso de producción, que hacen que el código fabril sea el antecedente que determina la legislación laboral en la sociedad. Hacen que el uso de las técnicas para organizar el trabajo en la sociedad capitalista -como el Fordismo y el Taylorismo- se conviertan en propuestas de organizar la reproducción de la fuerza de trabajo, su "tiempo libre" dentro de la sociedad. De esta manera el proceso productivo se desborda para subordi-

nar el proceso de reproducción y las formas que sancionan las relaciones sociales de producción, las formas en que se dá el Estado en el capitalismo. Las superestructuras político-ideológicas están relacionadas con la estructura (Bloque Histórico) y son las contradicciones entre las clases fundamentales, que parten del proceso productivo, las que dan cuerpo a la lucha de clases en la sociedad; que dan cuerpo a la propia conformación del territorio útil y productivo y al Estado, que participa en la reproducción ampliada del capital más allá de las voluntades del capitalista individual, el Estado como representante del capital social. Nuestro análisis está permeado por el movimiento que le imprime esta relación que nos permite estudiar la PM como un fenómeno inscrito dentro de la totalidad dinámica, que implica la relación proceso productivo-sociedad-Estado, en movimiento.

Esta posición teórico-metodológica se basa en que la práctica médica o la práctica social de la medicina, entendida como el conjunto de actividades teóricas y prácticas que se llevan a cabo para hacer frente a las necesidades en salud y a los problemas de enfermedad, está atravesada por el conjunto social en el cual está inserta. La relación producción-sociedad-Estado nos posibilita examinar la práctica médica en su relación con la producción y la reproducción, nos posibilita examinar la práctica médica en la sociedad en movimiento uniendo esos dos momentos: el momento de la vida en el proceso productivo y el momento de la vida fuera de él.

El hecho de que la práctica médica está atravesada

por la relación producción-sociedad-Estado es determinante para que todo este capítulo en todo su largo y en cada uno de sus apartados se vea bañado de esta relación.

Decía que el primer apartado de este capítulo trata de reseñar histórica, política y técnicamente la SPT 2000. En el segundo apartado-la crítica teórico-metodológica y el concepto de salud- discuto la principal fundamentación teórico-metodológica de la OMS, que *soslaya* las contradicciones que genera una sociedad basada en la extracción de plusvalía a partir de la acumulación de capital y la consiguiente división social y técnica del trabajo, sobre la que se levanta una sociedad dividida en clases, una sociedad escindida en dos clases fundamentales, proletariado y burguesía. Posterior a estos planteamientos reflexiono y discuto el concepto de salud planteados por la OMS.

Lo que constituye el tercer apartado del presente capítulo -sobre la relación APS-Desarrollo- trata de profundizar esta relación que es la base sobre la cual la OMS fundamenta sus propuestas sobre el quehacer en salud. ¿Y por qué motivo me ocupo a profundidad de esta relación? La respuesta implica una nueva pregunta. ¿Por qué es la APS el nudo estructural a partir del cual se construye el proyecto de la OMS? La organización plantea que la APS es la clave para lograr en el año 2000 la salud para todos. Este planteamiento está fundamentado en varios principios.

Primero: que los niveles de salud en la mayoría de los países del mundo, pero principalmente en los países en de-

sarrollo, son inaceptables.

Segundo: que más de la mitad de ~~la~~ población no tiene acceso a una asistencia sanitaria adecuada.

Tercero: que los recursos sanitarios son distribuidos de forma desigual lo que contribuye a ~~que~~ el nivel de salud también sea desigual.

Cuarto: que el nivel de salud varía en función del grado de desarrollo del país y que es necesario "reducir el foso" que separa los países desarrollados ~~de~~ los subdesarrollados.

Quinto: que el desarrollo económico y social, lo cual contribuye a que se logre mejorar la calidad de la vida y alcanzar la paz mundial, tiene como uno de los pilares de sostenimiento la salud.

Sexto: que la salud es un derecho de los pueblos y los gobiernos tienen el deber de velar por ella.

Séptimo: que para el año 2000 todos los pueblos del mundo deben haber alcanzado un nivel de salud con lo cual puedan llevar una vida social y económicamente productiva.

Basado en esos principios ~~fué~~ que se planteó la APS como la clave para llegar a la meta de SPT 2000. Vemos siempre presente en esos principios la relación salud y desarrollo, y para lograr salud: APS.

Esta es la respuesta a las preguntas iniciales. Sin embargo, el examen de la relación APS-Desarrollo es de tipo fundamentalmente económico, ubicado en el primer elemento de

mi categoría fundamental: la producción. Es por esto que le sigue el estudio de los aspectos sociales de la APS, del sujeto a privilegiar y para completar el análisis, la Política Sanitaria.

Finalmente llegamos a lo que para la OMS, a la par de la APS, se plantea como fundamental para coadyuvar al logro de las metas de la SPT 2000. Hablo de la Participación Popular en Salud (PPS). El examen de la PPS como lo plantean OMS/OPS, utilizando el mismo referencial teórico de los apartados anteriores, y una propuesta alternativa conforman el cuarto y último apartado de este capítulo.

1. Un Breve Resumen Histórico de la Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000 y los Aspectos Técnicos de la Atención Primaria de Salud.

1.1. El resumen histórico

La SPT 2000 está enmarcada dentro de la programación del desarrollo económico y social tratado en la Reunión de Punta del Este, Uruguay, en 1961. Es decir, fué fundamentalmente cuando se dió entrada a la década de los sesentas que la Extensión de Cobertura (EC) de los servicios de salud empezó a entrar en el orden del día.

Preceden la reunión en Rusia, que dictó las estrategias a seguir para extender la cobertura, varias reuniones a nivel nacional, regional e internacional. Por ejemplo, las Reuniones Especiales de Ministros de Salud de las Américas. Sin embargo, en el Plan Decenal de Salud Pública de la Carta de Punta del Este es donde se plasman más concretamente las normas para la EC de cuyo análisis se ocuparon los Ministros de Salud de las Américas en sus dos primeras reuniones (1963 y 1968). A partir de entonces a lo largo de estos años se han venido implementando en varios países de América Latina programas para extender la cobertura de los servicios sanitarios.

Pero en la década de los setentas las medidas para extender la cobertura se fueron intensificando y en el mes de mayo de los años de 1975 y 1976, la Organización Mundial de la Salud (OMS), adoptó dos resoluciones,⁽²⁾ las cuales ratificaban otras resoluciones anteriores respecto a las formas de organización de los servicios sanitarios. Según estas, los

servicios deberían prestar asistencia "completa y eficaz para toda la población."⁽³⁾ además de que indicaban la necesidad de realizar un encuentro a nivel mundial en donde los representantes de los diferentes países participantes pudieron intercambiar ideas, opiniones y experiencias sobre la Atención Primaria de Salud (APS). En mayo de 1977, en la 30a. Asamblea Mundial de la Salud se decidió "... que la principal meta de los gobiernos y de la OMS en los próximos decenios debe consistir en alcanzar para todos los cuidados de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva".⁽⁴⁾ La Salud para Todos en el año 2000^e (SPT 2000) es esa meta.

La decisión tomada por la Asamblea de Salud de la OMS y por la Junta Ejecutiva del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), fue de realizar la Conferencia Internacional sobre APS en Alma-Ata, capital de la República Socialista Soviética de Kazakstan, en respuesta a la invitación hecha por el gobierno de la Unión de las Repúblicas Socialistas Soviéticas. La Conferencia se llevó a cabo del 6 al 12 de septiembre de 1978, y de ella el aspecto más importante a resaltar es que "... reconoció claramente que la APS es la clave para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 como parte del desarrollo general conforme al espíritu de justicia social".⁽⁵⁾

Enero de 1979. El Consejo Ejecutivo de la OMS suscribe el informe de la Conferencia Internacional sobre APS y la Declaración de Alma-Ata y, lo que es muy importante advertir, sugiere a la 32a. Asamblea Mundial de la Salud⁽⁶⁾ que

se invite a los Estados Miembros "... a **que** consideren el presente documento como base para la formulación de sus políticas, estrategias y planes de acción nacionales y, colectivamente, como base para la formulación de estrategias regionales y mundiales con el fin de alcanzar un grado aceptable de salud para todos en el año 2000".⁽⁷⁾ Es el lanzamiento de la Estrategia Mundial de salud para todos, la cual descansa sobre dos pilares fundamentales: el primero de ellos es el Sistema Nacional de salud y el segundo -sobre el cual se basa lo anterior- es la Atención Primaria de Salud.

Es importante resaltar que el lanzamiento de esa política está relacionado, directamente, con la resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas (resolución 34/58 de noviembre de 1979) en donde se plantea la salud como parte integrante del desarrollo general de la sociedad.⁽⁸⁾ "La OMS utilizará la Estrategia (SPT 2000) para prestar apoyo a la Estrategia Internacional del Desarrollo para el Tercer Decenio del Desarrollo, contribuyendo así al Nuevo Orden Económico Internacional".⁽⁹⁾

Finalmente, en la apariencia de estas acciones uno podría pensar en la buena voluntad, en las buenas intenciones de la OMS, como si estos movimientos surgieran de improviso bajo el impulso iluminista de las ideas de un grupo de funcionarios -utópicos reformistas sociales-⁽¹⁰⁾ al margen de las vicisitudes del mundo cotidiano, de la lucha de clases.

Y resulta que el mundo cotidiano de los cubanos en el año de 1959 se vió brindado con el triunfo de su Revolución.

Este hito hizo temblar el tapet bajo los pies de quienes detentaban el poder político y económico de los países capitalistas. Fue así como los tecnócratas sanitarios de los organismos internacionales empezaron a cabilar fórmulas que por un lado tratasen de ocultar la contradicción salud-capitalismo que, en el decir de Catalina Eibebschutz se hace muy evidente después del triunfo de la revolución cubana. Por otro lado los sanitarios internacionales planteaban que mediatizando la sociedad o distribuyendo atención sanitaria de bajo costo se podrían mejorar los ya deteriorados niveles de salud. Este era el lado del capital en la lucha de clases.

Y los años fueron pasando hasta que llegamos a principios de los setentas, cuando en todos los países latinoamericanos las contradicciones económicas que se manifiestan en la sociedad, hacen explosión y sus reberveraciones llegan hasta los organismos internacionales que se ven precisados a intensificar sus respuestas.

En esta dinámica se inserta la extensión de cobertura, que aparece como una respuesta diferencial a las demandas de las masas que exigen mayor acceso a los servicios sociales, esos servicios cuyo origen fue producto del impacto de la crisis y de las luchas obreras en los treintas, que presionaban al Estado a través del incremento del gasto público, a través del incremento del salario social. Las clases dominadas lucharían políticamente por mantener e incrementar los servicios sociales, entre ellos los servicios médicos. El Estado se veía presionado a mejorar e incrementar esos servicios -que

de acuerdo con la práctica médica que se venía desarrollando hacía imposible el mejoramiento de las condiciones de salud, su racionalización pasaba por la búsqueda de disminuir los altos costos de esos servicios, su socialización era la mejor solución para el abatimiento de estos.

1.2. Los aspectos técnicos de la APS.

Hasta aquí hemos tratado de definir políticamente como la Salud Para Todos en el año 2000 se fué gestando. Sin embargo, la política vá más allá de su nivel discursivo, la política se expresa en las cuestiones técnicas, la política se materializa en la técnica. De ahí que para no incorrer en la parcialidad y para que tengamos una idea global respecto a la Estrategia -que es como lo expresa la OMS al referirse a la política de Salud para Todos en el año 2000- plantearé a seguir los principales elementos de orden técnico que la compone.

En primer lugar la OMS plantea que para lograr que la Salud Para Todos en el año 2000 sea una realidad es fundamental lanzar mano de la APS, y la APS es así definida por la Conferencia de Alma-Ata:

"La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesto al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención pri

maria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria".⁽¹¹⁾

La definición de APS así planteada contiene a la vez los aspectos técnicos más importantes que pueden ser puntualizados de la siguiente manera:

- 1°) Asistencia Sanitaria esencial
- 2°) Asistencia sanitaria que debe utilizar métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables.
- 3°) La asistencia sanitaria debe extenderse a toda la comunidad.
- 4°) La comunidad y el país deben soportar los costos de la APS.
- 5°) La APS forma parte del sistema nacional de salud.
- 6°) La APS es el primer nivel de contacto del individuo con la comunidad.
- 7°) Permite llevar lo más cerca posible la atención al lugar donde viven y trabajan las personas.

Tratemos cada uno de esos puntos con un poco de detenimiento:

1°) Asistencia sanitaria esencial:

Comprende

- Educación para los principales problemas de salud, sus métodos de prevención y lucha correspondientes;
- Promoción del suministro de alimentos y nutrición adecuada;
- Abastecimiento de agua y saneamiento básico;
- Asistencia materno-infantil incluyendo la planificación familiar;
- Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- Prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales;
- Tratamiento de las enfermedades y traumatismos más comunes;
- Suministro de medicamentos esenciales.

La OMS recomienda que los planes y programas sanitarios deben contener cuando menos esas actividades.

2°) Tecnología apropiada

La tecnología apropiada se define en Alma-Ata como el conjunto de los métodos, las técnicas y el equipo que al ser utilizado por los trabajadores sanitarios pueda servir para la solución de determinados problemas de salud. El término "apropiada" deviene que sea científicamente fundada, que quienes la emplean y quienes la reciben la acepten. Se reco-

mienda que se use tecnología sencilla y que tanto los trabajadores sanitarios como algunos individuos de la comunidad la puedan utilizar.

Respecto al uso de medicamentos, la OMS recomienda que sea utilizada la lista de *Selección de Medicamentos Esenciales* (OMS, Serie de Informes Técnicos, No. 615, 1977), la cual contiene aproximadamente 200 medicamentos esenciales. Recomienda también que los medicamentos sean rotulados con sencillez y claridad y que, su modo de empleo aparezca con instrucciones muy claras.

Para disminuir el costo de los equipos y medicamentos planteo que lo ideales que su fabricación y mantenimiento sean nacionales.

3°) Cobertura

La OMS plantea que es necesario determinar la relación entre el número de servicios sanitarios y el número de personas que necesitan esos servicios. Aunque esta relación no permite medir en qué medida los servicios están siendo utilizados ni si su utilización es adecuada, expresa la existencia o disponibilidad de los mismos. Eso debe cumplir a largo plazo con la finalidad última de la Estrategia: la finalidad de que la cobertura en base a la APS con la participación de la comunidad sea llevada al 100% de la población.

4°) Financiación

La financiación puede variar para cada país según sus características. En grandes rubros la OMS propone que la

financiación puede provenir de:

- la comunidad
- del gobierno, a través del cobro de impuestos, de un sistema de seguridad social (con aportación de los empleadores, de los individuos o de ambos), de organismos filantrópicos y de individuos que quieran aportar al gobierno para la APS.
- En algunos casos del pago individual al por servicios.
- De organizaciones nacionales no gubernamentales.
- De organismos internacionales.

Hay que señalar que del total del presupuesto del sector salud, se considere prioritaria la asignación a las actividades de la APS.

5°) Organización de los servicios

La organización de los servicios sanitarios debe responder a las necesidades de prestación de atención básicamente a nivel primario, sin olvidar que hay que plusmar la estructura de los servicios, para cubrir todos los niveles de atención.

La reestructuración del sistema sanitario necesitará en determinados casos pasar por reformas de orden político y legislativo. Esta situación constituye incluso uno de los indicadores que permite medir la seriedad del compromiso de los gobiernos para implementar la APS.

6°) Niveles de atención

El cuerpo del sistema sanitario debe contener varios niveles de atención.

Son ellos:

- Nivel primario: este nivel representa la puerta de entrada al sistema de salud. Es aquí donde la APS, que constituye el centro del sistema sanitario, es llevada a cabo. Los recursos humanos para trabajar en este nivel deben ser extraídos de la misma población, con una cierta preparación para que puedan desempeñar algunas tareas básicas relacionadas con las actividades de este primer nivel de atención. La preparación de esos trabajadores debe ser continua para que puedan desempeñar funciones cada vez más importantes. Es también fundamental trabajar con los curanderos, con las parteras empíricas, con los yerberos y todos los trabajadores que no participen del modelo tradicional de atención médica.

En ese nivel el trabajo de profesionales está presente si el país cuenta con dichos recursos, caso contrario, la APS debe ser implementada sobretodo a través del trabajo de las personas de las comunidades y los profesionales prestarán apoyo, supervisión, orientación y educación a los trabajadores sanitarios de la comunidad.

- Nivel intermedio: en este nivel se presta atención sanitaria a problemas más complejos por personal más capacitado (profesionales) y especializado.
- Nivel central: aquí se ubican los servicios de planificación y administración, se ubica la asistencia más especializada bien como la formación de especialistas.

Al igual que en el nivel intermedio, el nivel central, según recomienda la OMS, debe prestar apoyo al nivel primario.

7°) Accesibilidad

Por accesibilidad se entiende el suministro de asistencia a la comunidad de forma continua, organizada y suficiente. Pero, la accesibilidad no debe entenderse solamente a nivel primario sino también para los niveles intermedio y central.

La OMS recomienda que cada país defina la accesibilidad en base a cuatro criterios:

- Accesibilidad geográfica: la distancia, el tiempo y los medios de transporte para llegar a los locales en donde se presta la atención deben ser aceptables por la población.
- Accesibilidad económica: la OMS la define como la capacidad de los individuos o de la comunidad para costear la asistencia.
- Accesibilidad cultural: es el hecho de que los servicios sean aceptables por las personas que lo utilicen, esto en lo que se refiere a los métodos técnicos y administrativos utilizados. Incluye también que los servicios deben cubrir las necesidades prioritarias y de manera adecuada.
- Accesibilidad funcional: es la prestación permanente, continua y adecuada de asistencia sanitaria prestada

por todos los trabajadores sanitarios asignados para la APS.

Estas son los principales aspectos técnicos de la APS, la mayoría de ellos plenamente rescatables. Enumeraré algunos: primero, la organización coherente de los servicios sanitarios; segundo, el establecimiento de la atención de acuerdo a niveles de complejidad, en donde la mayoría de las enfermedades, principalmente las que caracterizan los países de baja composición orgánica de capital son fácilmente prevenibles y tratables a nivel primario; tercero, la ubicación de los servicios más cerca de donde viven y trabajan las personas, permitiéndoles mayor acceso a la atención sanitaria y cuarto, la formación de recursos de la comunidad para atender en el nivel primario. La implementación de esos elementos, a la larga contribuyen al cambio del cuadro sanitario. Un ejemplo de ello es Cuba que después del triunfo de la revolución cambió su perfil patológico y hoy es sabido que en la isla las enfermedades transmisibles están en su mayor parte controladas.

Ahora bien, la OMS habla que con la implementación de los conocimientos técnicos que disponemos hoy día se podría mejorar los niveles de salud. Si bien esto es correcto, es solo parcialmente correcto. Es decir, el uso inadecuado de la tecnología explica solo en parte el motivo por lo cual las condiciones de salud y las condiciones de vida en general son incompatibles con la vida.

Se plantea la tecnología desde el punto de vista general como algo neutral, como alguno unilateralmente positivo,

sin hacer ninguna aclaración de que esa tecnología, en tanto que su uso no está controlado por la sociedad civil, sirve para subordinar a los trabajadores de otra forma, sometiéndolos a nuevas condiciones de trabajo que si bien contribuye a disminuir o eliminar cierto tipo de enfermedades -por ejemplo las infecciosas- crea otras -por ejemplo los tumores-. Pero además, el uso capitalista de las máquinas produce conflictos inmediatos que van desde el despido masivo hasta las respuestas desesperadas anticapitalistas de los trabajadores, como son: la destrucción de las máquinas, el tortuguismo, el sabotaje, etc., etc.; o las respuestas desesperadas que implican la destrucción del mismo sujeto social productivo, como son: el alcoholismo, la depresión, el stress, el suicidio, etc., etc. Por otro lado, el lado de la tecnología desde el punto de vista particular -la tecnología sanitaria- en tanto que valor de cambio, ha generado problemas en términos de reproducción del ciclo de la medicina contemporánea (M-D-M'), de tal manera que en lugar de producir medicinas y equipos para aliviar o curar las enfermedades se producen medicinas y equipos para vender (realización de valor). Por lo tanto, no todo uso de la tecnología se convierte en un beneficio para la sociedad, y mucho menos la "tecnología sanitaria" se convierte en un beneficio para la salud, como lo quiere hacer creer la OMS, sobre todo cuando ésta está controlada verticalmente por unos cuantos.

Sin embargo, la discusión de la tecnología propuesta para la APS es secundaria frente a la discusión de los elementos político-ideológicos que la componen. Tal y como he señalado anteriormente, pienso que algunos de los aspectos técni-

cos que propone la OMS son válidos y porque no decir, dignos de tomarse en cuenta. Pero, de aquí en adelante me ocuparé menos de esta problemática para discutir algunos aspectos de la SPT 2000 señalados anteriormente, en la introducción del presente capítulo. Empezaré por la crítica teórico-metodológica y el concepto de salud.

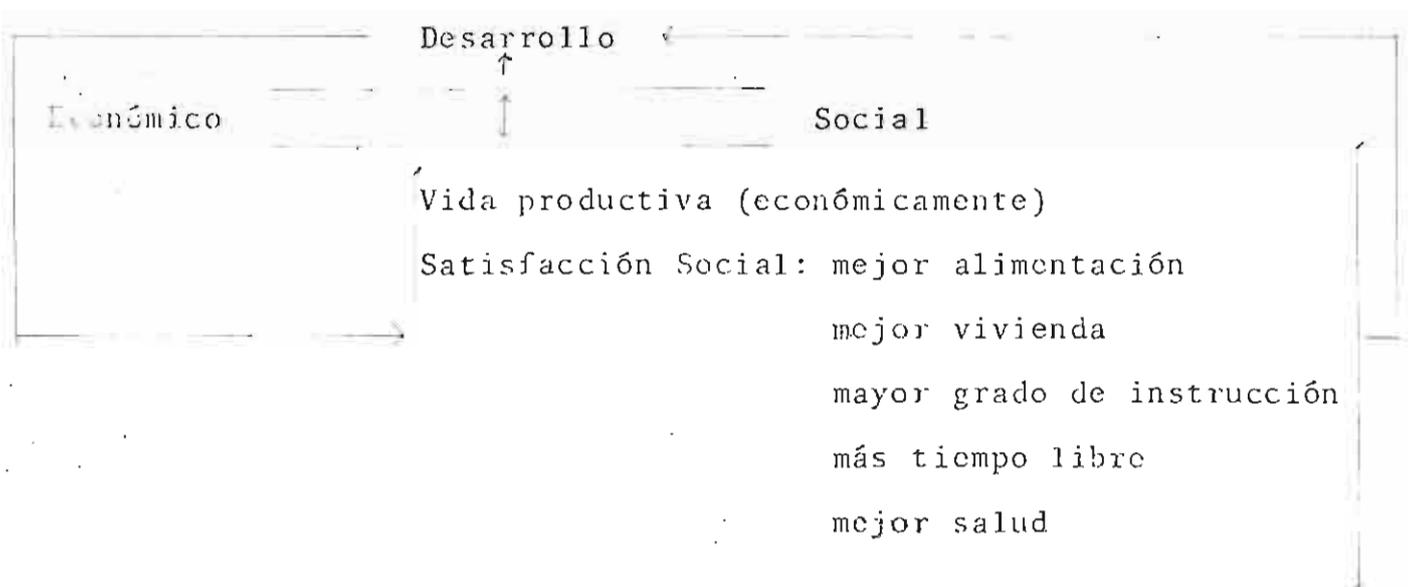
2. La Crítica Teórico-Metodológica y el Concepto de Salud

Para penetrar en la crítica de la APS según la OMS, es necesario desmontar su discurso, a partir de una disección rigurosa del concepto de salud sobre el que la OMS desarrolla sus propuestas sobre APS. Cuestionar la APS es cuestionar el concepto de salud de la OMS, así como, cuestionar el concepto de salud es cuestionar toda la política de la APS y, al cuestionar ambos momentos de esta relación, se pone en cuestión toda la visión técnica, económica, social y política de la OMS que implica el informe sobre la APS. Lo que conlleva una crítica a un cuerpo tecnocrático internacional encargado de buscar paliativos a las expresiones sociales de las contradicciones que surgen de una "sociedad", cuyo funcionamiento sólo se garantiza mediante la existencia de "privilegiados y desposeídos", digamos de proletarios y burgueses para develar el carácter de las categorías y conceptos utilizados por la OMS. Aquí radica el principal error metodológico: en el ocultamiento del carácter de clase de una sociedad y de su funcionamiento determinado por esas contradicciones. Al fin y al cabo, en esta visión de un problema social, lo que hace la OMS es en marcarlo dentro de un discurso conceptual que vela la existen-

cia de relaciones sociales contradictorias, que hacen que el mundo de la salud se mueva de acuerdo a los sístoles y diástoles que surgen del corazón de la producción, en donde la ganancia es el principal motor y la salud un problema de costos de producción. Entre conceptos generales como población en abstracto y desarrollo social y económico en lugar de proceso de acumulación,⁽¹²⁾ entre palabras que esquivan los reveladores contenidos y contorsiones técnicas para evitar llegar a la esencia de la relación entre "la economía", "la sociedad", "el gobierno", "la salud" y la APS, estos "tecnócratas internacionales de la salud" poco aclaran sobre estos conceptos y su relación con el proceso real de producción-reproducción de la sociedad. Cuando la OMS habla de población en abstracto, parte de una falsa visión de que la sociedad es un todo homogéneo, en donde las contradicciones entre las clases y fracciones de clase no existen, y más aún, el enmascaramiento de estas contradicciones se intenta lograr mediante la ampliación del consumo de los servicios médicos a los grupos sociales, para contener y aplacar sus luchas políticas, a través de la "satisfacción de sus necesidades", de la extensión de cobertura de esa "población".

Consecuentes con esta primera evasión metodológica la OMS dá su siguiente paso. Después de ocultar el carácter de clase de la sociedad capitalista la OMS evita confrontar el hecho de que la producción es el momento más importante en el proceso de reproducción del sujeto social. Y como el momento de la producción no es el punto de partida resulta sencillo de

cir que el problema de la desigualdad (léase explotación) no está en la producción sino en la distribución, luego entonces repartamos mejor, mejoremos los servicios, distribuyamos en forma más equitativa los recursos. Cambiemos la mentalidad de los poseedores a partir de convencerlos de la bondad de las propuestas de los burócratas internacionales de la salud. No toquemos la producción, las relaciones de explotación en la fábrica, la división del trabajo en la fábrica y en la sociedad y su consecuencia: la desigual distribución. Invirtamos el orden, cambiemos la distribución de los servicios para que las situaciones en la producción no se modifiquen. En esta división entre "lo económico" y "lo social", la salud, la vivienda, la educación, la nutrición, el trabajo, etc. etc. aparecen a un mismo nivel, confundido con el momento de la producción, el cual aparece mezclado y perdido dentro del binomio de lo económico-social, en una relación supuestamente dialéctica, donde plantean que la economía (producción) depende de la salud y esta de la economía. (13) Esta relación "dialéctica" puede ser representada en el siguiente diagrama.



El resultado de este esquema lógico formal, es una verdadera confusión de momentos de la producción y momentos de la reproducción, de condiciones de trabajo con condiciones de vida. Pero ¿qué podíamos esperar de estos utópicos reformistas sociales?, ¿qué adopten las categorías marxistas? Claro que no, pero por lo menos les podemos exigir coherencia en sus planteamientos. En la forma en que presentaban sus puntos de vista hay verdaderos saltos mortales y maromas metodológicos, que los hacen pasar de posiciones que lindan en la ingenuidad, a posiciones descarnadamente procapitalistas.

Al defender el papel de la salud y presentar sus conceptos limpios de toda relación con algún tipo de utilitarismo burgués, de repente en la búsqueda del apoyo de los poseedores, resbalan y caen en el más puro pragmatismo, que revela que toda su argumentación camuflageada no es un producto de su candidez. Basta escuchar este argumento: "Una nutrición adecuada y la disminución de las enfermedades, son factores que aumentan la productividad laboral". (14)

Pero la apariencia, la preva^lencia de la forma por encima del contenido no se queda aquí; de la metodología de la OMS me remito al concepto mismo de salud, que es básico y fundamental en la construcción de su concepción sobre la APS. La conceptualización oficial de la OMS sobre la salud dá origen al tipo de práctica médica a ser llevada a cabo en las instituciones del Estado, tema que será profundizado en el segundo capítulo. Sin embargo, me ocuparé de tomar una posición teórico-conceptual acerca de la salud como parte fundamental de su

discurso teórico-metodológico.

La OMS declara que la salud es "... un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedad".⁽¹⁵⁾ Pregunto yo: ¿qué significa estar en completo bienestar? ¿Acaso se puede hablar de completo bienestar a nivel físico, mental y social en todas sus dimensiones? ¿Quién y en qué momento de la historia de la humanidad vivió ese completo bienestar? Esta definición es imposible de ser observada en la práctica. De ella se puede decir: es demasiado general -jamás particulariza ni permite hacerla abstracta e idealista, en donde el multicitado completo bienestar termina siendo medido a través de indicadores de "completo malestar".⁽¹⁶⁾

Basta con remitirse a los indicadores recomendados por la organización. Por ejemplo, son indicadores de "salud", entre otros, la tasa de mortalidad de lactantes y niños de corta edad, la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años, la tasa de mortalidad materna. Pasemos ahora a los indicadores de "bienestar mental y social": "... tasas de suicidio, homicidio, actos de violencia y otros crímenes; accidentes de tráfico, delincuencia juvenil, abuso de alcohol y de drogas; tabaquismo, consumo de tranquilizantes y obesidad".⁽¹⁷⁾ Esos son los indicadores a través de los cuales la OMS pretende medir el completo bienestar físico, mental y social: la salud. En ese sentido, materialmente hablando, es que afirmo que la "salud" no existe. Cito a Canguilhem para ilustrar el planteamiento: "Cuando se dice que la salud continuamente perfec-

ta es anormal, se expresa el hecho de que la experiencia del ser vivo incluye de hecho a la enfermedad. 'Anormal' quiere decir precisamente 'inexistente', 'inobservable'. Por lo tanto, sólo es otra manera de decir que la salud continua es una norma y que una norma no existe". (18) Lo que sí existe en la vida es su polaridad dinámica, como lo llamaría el propio Canguilhem. Es de un lado la salud y de otro la enfermedad haciendo parte de un mismo proceso, en donde la última se define como "otro modo de andar en la vida", como una "cierta manera de vivir". (19) Las palabras "proceso" y "andar" dan cuenta de que la vida no es "... para el ser vivo una deducción monótona, un movimiento rectilíneo", (20) sino lo contrario, la vida es dinamismo, y en ella, con la enfermedad haciéndose se presenta intrinsecamente, el hombre busca "otros modos de caminar".

El concepto de salud de la OMS carece de un criterio básico de delimitación. ¿Salud donde? ¿Para quiénes? Son preguntas mínimas que saltan a la vista. Mi propuesta va en el sentido de enmarcar el proceso salud-enfermedad, tener criterios generales y particulares para definir el tiempo, el espacio en que se mueve el concepto de salud y lo que por él se entiende. Relacionar el proceso salud-enfermedad con el proceso de producción-reproducción del sujeto social es mi propuesta.

Sabemos que las relaciones sociales de producción de terminan las condiciones de trabajo y las condiciones de existencias de los individuos. Y si consideramos que el trabajo

es lo que media y controla las relaciones que los hombres establecen entre sí y con la naturaleza, entonces podemos entender al proceso salud-enfermedad como un proceso social e histórico, que se expresa en una sociedad y en un tiempo determinados. Como lo ha expresado Cristina Laurell, los diferentes modos de producción en cada formación económica y social determinan sus propios patrones de desgaste o envejecimiento, de enfermedad y muerte. (21)

Pero, particularizando más en el análisis, el proceso salud-enfermedad también está determinado por un específico modo de producir, que más que un modo de producir es un modo de reproducir, entendiendo por reproducción el proceso que consiste en producir y volver a producir, el proceso que garantiza la continuidad del acto de producción, de tal forma que podríamos decir que producción es reproducción y reproducción es producción. La forma de producir y reproducir dependen del momento histórico y social donde se realizan. La reposición material de la vida o la imposibilidad de reposición de ella, en las sociedades capitalistas, está directamente relacionada y depende de la reproducción del capital (de la producción reiterada de la re-producción de plusvalor).

La definición más general de proceso de trabajo (proceso de re-producción) parte de que este es una relación entre el hombre y la naturaleza. Relación transhistórica, impercderable y universal. "Proceso en que el hombre media, regula y controla su metabolismo con la naturaleza". (22) He aquí una primera gran delimitación, el proceso salud-enfermedad siempre

estará integrado al proceso de trabajo en su nivel más general. Históricamente, las transformaciones en las maneras en que el sujeto se relaciona con la naturaleza se modifican, las formas en que estas se manifiestan dan lugar a períodos históricos de finidos, a modos de producir histórica y concretamente determinados. El proceso salud-enfermedad también se relaciona con esos modos de producir. Siguiendo este hilo conductor, particularizando más, diré que en el modo de reproducir vigente, el sujeto se escinde en dos clases fundamentales, a cada clase le corresponde una forma de andar en la vida, emmarcada por el modo de producir. Al nivel de un proceso de producción específico, en un particular lugar de trabajo, la fuerza de trabajo produce y se reproduce dentro y fuera de la fábrica, hasta ahí llega el proceso salud-enfermedad, que culmina en la unidad del puesto de trabajo y en la forma particular, en que se reproduce un determinado trabajador; porque, en las sociedades de clase, todo mundo es, ineludiblemente, fuerza de trabajo en potencia o fuerza de trabajo efectiva. Todo individuo, en estas sociedades, tiene una forma de reproducir y enfermarse de acuerdo a la relación trabajo y reproducción para el trabajo. Por eso, la relación entre el proceso salud-enfermedad y el modo de reproducción es universal y transhistórico, el proceso de producción es un marco necesario para entender el propio proceso salud-enfermedad.

A partir de la definición concreta de la salud-enfermedad como un proceso determinado social e históricamente, se definen las categorías para su estudio. La definición concre

ta del proceso salud-enfermedad rebasa el "bienestar" total y absoluto, lo cual se queda a nivel de lo abstracto, de lo general, de lo ideal y porque no decir, de lo utópico.

3. La APS y su Relación con las Categorías Producción-Sociedad-Estado.

3.1. Sobre la relación APS-desarrollo

Se dice que el "desarrollo" económico y social es fundamental para lograr mejores niveles de salud y para reducir la diferencia en salud entre los países "subdesarrollados" y "desarrollados".⁽²³⁾ Una vez más se intenta encubrir el carácter clasista de las sociedades capitalistas. Una vez más se intenta ocultar el problema de fondo. Bajo la consigna que hay que desarrollar a los "subdesarrollados" o "en desarrollo" se intenta encubrir que en las sociedades divididas en clases -en donde lo que existe para los trabajadores es la explotación y la división del trabajo-, la salud obedece a patrones clasistas, la salud se comporta de manera clasista.⁽²⁴⁾ Sin embargo, por ahora, empezaremos la discusión sobre el concepto de desarrollo, a partir de su genealogía.

El siglo XIX es el siglo en que se celebra el "progreso" y en el siglo XX, después de la I Guerra Mundial (1914), con el ascenso del fascismo y del nazismo, con la gran depresión y con la eminencia de una II Guerra Mundial, el "progreso" entra en crisis. Ahora ya no se celebra el "progreso" sino que se gira en 180° para que el tema pase a ser la "crisis del progreso". La fase expansionista de post-guerra crec

haber encontrado la solución a los problemas de la humanidad. "Esta clave (la solución) era el crecimiento económico, realizable sin dificultades gracias a los nuevos métodos de regulación de la demanda; y los niveles de crecimiento del producto nacional bruto por habitante tenían la respuesta a todas las preguntas. Ciertamente que el conflicto comercial con el bloque oriental seguía siendo amenazante; pero también se extendió la idea de que cuando esos países alcanzaran la madurez industrial y fueron invadidos por el consumismo, sus amos se verían obligados a seguir una política internacional menos agresiva y, tal vez, a introducir cierto grado de 'liberalización' interna. Ciertamente también que el hambre era (como siempre lo es) una realidad cotidiana para una parte enorme de la población de planeta, y el Tercer Mundo no realizaba un crecimiento económico, o bien su crecimiento seguía siendo muy débil y muy lento. Pero la razón era que los países del Tercer Mundo no se 'desarrollaban'. El problema consistía, pues, en desarrollarlos, en hacer que se desarrollaran. En consecuencia, se adoptó la terminología internacional oficial. Esos países, llamados anteriormente, con una sincera brutalidad 'atrasados' y luego 'subdesarrollados', fueron cortezmente llamados 'menos desarrollados' y finalmente 'país en vías de desarrollo', hermoso eufemismo para significar que, de hecho, esos países no se desarrollan". (25)

Ahora bien, el 'desarrollo' no nace como una necesidad de lograr un nivel de vida favorable a la población, no nace en la lucha por vivir en una sociedad más justa, sino que los "subdesarrollados" deben trabajar para no quedarse atrás

de los "desarrollados". Pero, lo que ocurre, y lo que la OMS se niega a dar a conocer, es que la sociedad más desarrollada más allá de enseñar el camino a la ~~menos~~ desarrollada no permite que la última avance más que la primera, o mejor dicho, es la más desarrollada porque ninguna otra sociedad (subdesarrollada) se desarrolla más allá del nivel de desarrollo que llegó (la desarrollada). Así lo expresa Rafael Pallais:

"... la sociedad más avanzada no se conforma con mostrar su propio camino a la menos avanzada. La sociedad más avanzada es la sociedad más avanzada precisamente porque nada de lo que existe avanza más allá de ella, de las fronteras y límites históricos de lo que ella muestra -así como la manera en que lo muestra- ha establecido". (26) Y es más, "El desarrollo de las zonas económicamente pobres de la sociedad contemporánea, no es más que la extensión de la dictadura extensiva e intensiva de la economía de clase y de la dominación de clase que están en el origen y en la base de esta sociedad". (27)

La OMS plantea también que el desarrollo es importante para reducir el "foso" que existe entre los países "desarrollados" y los "subdesarrollados". Siguiendo la línea que ya venimos tratando, cito otra vez a Rafael Pallais que dice: "La economía desarrollada simplemente debe desarrollar las zonas subdesarrolladas de su mundo, a fin de desarrollarse a sí misma en ellas", (28) motivo por lo cual la reducción del "foso" es un mito. Sin embargo, en el "Mito del Desarrollo" Cornelius Castoriadis es todavía más claro cuando plantea lo difícil que es equiparar los "subdesarrollados" a

los "desarrollados". Los primeros porque están absolutamente imposibilitados de llegar a lograr un PNB de 6.000 dólares por habitante y año de los desarrollados cuando el suyo es de 200 dólares. Los últimos porque no son tontos para perder su hegemonía, para perder el poder que ejercen sobre los "subdesarrollados". Pregunta Castoriadis: "Acaso (...) con las estructuras políticas y sociales existentes los países 'desarrollados' aceptarían llegar a ser, y continuar siendo, una minoría impotente ante los países asiáticos, africanos y latinoamericanos igualmente ricos y mucho más poblados? ¿Acaso Rusia toleraría la existencia de una China tres veces más fuerte que ella? ¿Acaso Estados Unidos aceptaría la existencia de una América Latina dos veces más fuerte que ellos?". (29)

Las consecuencias del "desarrollismo" desplegado por la OMS van más allá de la aceptación acrítica de esta noción, ya que no sólo existe una incorporación a la locomotora del progreso, sino una subordinación al desarrollo, y más que una relación entre la APS y el desarrollo, (30) como se intitula el apartado 2 del informe Alma-Ata, nos encontramos ante la APS para el desarrollo. El desarrollo no es un desarrollo en abstracto, decir desarrollo es decir proceso de acumulación y todo proceso de acumulación implica separación de los medios de producción de un sector del sujeto social, creación de clases sociales, subordinación de una clase a otra, explotación capitalista. La OMS es consecuente, en su lógica formal y su visión aparentemente neutral del desarrollo, con su discurso, que ya criticamos en la primera parte de este análisis; de lo

que se trata es de usar un lenguaje aséptico, de conceptos que sugieran neutralidad. De lo que se trata es de no mostrar el lado oscuro de la luna: el desarrollo como proceso de explotación, de escisión en el sujeto social, de constitución de clases.

Volviendo a la subordinación de la APS al desarrollo, basta recoger esta frase: "... las mejoras de la salud son esenciales para el desarrollo social y económico, y los medios para conseguir ese doble desarrollo están íntimamente ligados",⁽³¹⁾ esta no es una afirmación ingenua, es una sugerencia de un cuerpo de burócratas que, debajo del disfraz de la vestimenta blanca, esconde la indumentaria del moderno burgués que subordina todas las esferas y los momentos del metabolismo social a la producción, así como detrás de los conceptos esterilizados se oculta el carácter de clase del desarrollo. A momentos el deseo de convencer traiciona a estos tecnócratas multinacionales y aparece nitidamente su intencionalidad oculta en el discurso comunflado.

Al no especificar el tipo de desarrollo al que está subsumida la APS, la OMS llama al mundo a mejorar la APS para la producción, mejorar la fuerza de trabajo para supeditarse al desarrollo, que implica su propia explotación. En su concepto de desarrollo todavía nos encontramos con caracterizaciones como "países ricos" y "países en desarrollo", que demuestran lo atrasado de sus interpretaciones que ni siquiera se acercan a las caracterizaciones reformistas de algunos economistas dependencistas de la década de los ochentas, que al

menos plantean más claramente el problema de la relación desarrollo-subdesarrollo como un problema de acumulación; aunque terminan subordinando el problema de la contradicción fundamental, es decir la contradicción capital-trabajo. Es por eso que cualquier concepción de desarrollo que se olvide de la eliminación de esa confrontación central, corre el peligro de proponer renovadas formas de explotación de una parte del sujeto social.

Aclaradas las implicaciones del concepto de desarrollo de la OMS, el hablar de la APS y el desarrollo equivale, no sólo a aceptar este orden de cosas existente, sino coadyuvar al desarrollo del mismo. Cuando la OMS habla de la APS en este contexto, está llamando a colaborar con el proceso de acumulación capitalista de equivalentes a nivel de la reproducción a sectores que sufren las consecuencias del mitificado de desarrollo: yo te doy un paliativo para tu salud y tú cooperas dándome tu consenso para mi sistema; lo que significa que "la atención primaria en salud puede contribuir al despertar del interés social, tan importante para lograr la cooperación popular en pro del desarrollo".⁽³²⁾ La cuestión no para allí. la "APS para el desarrollo" significa introyección de una ideología, creación de expectativas en un futuro mejor, producción de condiciones ideológicas para una reproducción. En cuanto a lo político, la APS para el desarrollo aparece como una forma de lograr consenso en aras de una esperanza en lo imposible, en aras de un desarrollo que implica acelerar los procesos de autoexplotación, convencer mediante la aplicación de cafiaspirinas de la bondad de la enfermedad.

3.2. Implicaciones sociales de la APS

3.2.1. Los objetivos sociales

Partiendo de nuestra crítica teórico-metodológica y lo que aquí someteré a discusión, es que lo que torna nebuloso el planteamiento inicial -que la APS está determinada por los objetivos sociales⁽³³⁾- es, en primer lugar, la indefinición y el alto grado de generalidad de tales objetivos sociales, como son: mejorar la calidad de la vida y obtener beneficios sanitarios óptimos para la mayoría de la población. En segundo lugar, está el hecho de que esos objetivos pueden ser obtenidos, según la OMS, a través de la aplicación de "medios sociales", por ejemplo, que la comunidad se responsabilice por la salud, buscando lograr los objetivos citados. ¿Cuál es el eje que orienta este discurso? Es que la mejor calidad de vida implica mejor salud. La salud, por su lado, contribuye al desarrollo social y económico, lo cual, "dialécticamente" favorece la primera. Una vez más nos topamos con un discurso demagógico y vacío de contenido, en donde la finalidad de "tener salud" es "tener salud para la producción". Lo que se busca en verdad, es una fuerza de trabajo acorde a las necesidades del capital. La importancia de la llamada satisfacción social reside en que, a través de ella, el sujeto social se encuentre en condiciones mínimas de "salud" para servir de forma más eficaz al capital, para producir más y ... callado.

Por otro lado, la OMS sólo propone, nuevamente, medidas de solución parciales, paliativos, que ni siquiera en su

lógica funcional vislumbra la importancia de soluciones integrales. Tratan de promover medidas que, si bien pueden resultar acertadas no dejan de ser parciales, una vez que no tocan en los motivos de fondo por los cuales una población determinada y en un determinado momento socio-histórico y económico sufre daños y es agredida en su caminata por la vida. No se adentra en proponer alternativas que realmente coadyuven al mejoramiento de las condiciones de existencia y de salud, aunque, desde luego, la última sólo es una parte de la primera, sino que toca solamente en la superficie; en los efectos, negando la causalidad que los origina, negando las leyes de la dialéctica en donde los efectos son efectos porque detrás de ellos hay una causalidad. La causalidad del ritmo de trabajo, del tipo de vivienda, del tiempo para transportarse, del modo para transportarse, de la contaminación del ambiente, del no tiempo libre o del escaso tiempo libre, de la no democracia, de la no autogestión en la propia vida, afectiva, sexual, artística, etc., etc., etc., y es esta causalidad que la OMS trata de ocultar, de no aclarar de no discernir, una vez que no le conviene poner en duda el capital, sino por lo contrario, importa que se hagan las reformas necesarias para que la clase dominante de esta capital siga siendo dominante. (34)

3.2.2. Un sujeto a priorizar

Se dice que la asistencia sanitaria debe ser prestada a toda la población, pero con "alta prioridad" a ciertos sectores de la misma. Veamos que sectores son estos: "La ex

tensión de los servicios para ampliar la cobertura debe responder armónicamente a los intereses nacionales, regionales y locales, y basarse en una política de salud que oriente la formulación de programas acordes con las características, recursos y posibilidades de cada país. Para garantizar su viabilidad, esta política de salud debería estar incluida en los planes de desarrollo global. Los programas así concebidos asignarán alta prioridad a las necesidades de salud de los grupos marginados y menos protegidos de la población que viven en condiciones de pobreza social, entendida esta como la combinación de desempleo y subempleo, bajo nivel de educación, vivienda insalubre, malas condiciones de saneamiento, desnutrición, deterioro de la salud, apatía social y por sobre todo, la consiguiente ausencia de voluntad e iniciativa para implantar mejoras". (35)

¿Quiénes son esos hombres "marginados" desprovistos de cualquier voluntad de mejorar en la vida? ¿Quiénes son esos sucios, esos desempleados o subempleados, esos maleducados, esos desnutridos, esos "deteriorados sanitarios", etc., etc., sobre los cuales se dirige la atención y el "cuidado" de la "salud"? Estos individuos son, ni más ni menos, que parte del ejército industrial de reserva (EIR), (36) de la llamada sobrepoblación relativa tan necesarios económicamente al capital como los propios trabajadores en activo. Parecería que esto es una paradoja, un doble juego incomprensible en el cual entra la OMS, así resultaría su actuación si la juzgáramos solamente a través de sus determinaciones económicas; pero la OMS juega un papel político al emitir sus propuestas sobre los sujetos hacia quienes debe ser dirigida la APS, en estos momen

tos la OMS hace política a través de la política sanitaria.

Sobre esta cuestión particular -la política sanitaria-, profundizaremos en el siguiente apartado, sin embargo, introducimos este elemento porque las acciones de la OMS no se pueden explicar sin unir a la explicación económica, la intencionalidad política de un fenómeno que es en sí toda una relación social. Cuando la APS privilegia a parte del EIR, no se piense en una acción neutral y altruista de la OMS, el capital moderno no opera con la simplicidad del capitalista de la época del libre cambio, la crisis del '29 le dio la experiencia necesaria para cuidar que ningún sector social estuviera a tal grado desesperado que pudiese explotar. Quienes se quedan en la explicación económica de que, los marginados son sujetos ligados y funcionalizados al proceso de acumulación de capital "... y no separada de las funciones de valorización del valor", (37) sólo comprenden una parte de las causas de este fenómeno. Si bien es cierto que la existencia de un EIR garantiza que el precio de la fuerza de trabajo sea más bajo, también es cierto que hay que mantener a este sector de la población dentro de los límites de una "existencia tolerable", aunque su vinculación al proceso de acumulación sea fluctuante y ajustado a las necesidades cíclicas del capital, lo cual podría hacernos deducir que no se le otorgue demasiada importancia a su mantenimiento.

La elección de un sujeto a privilegiar para la realización de la APS es un fenómeno contradictorio con dos facetas: por un lado, al capital le interesa mantener a esos miembros

del EIR como parte estructural de su proceso de acumulación, de su modo de producción, aunque esto sea dentro de los límites de una "existencia tolerable", al otro lado de la política, está el acto político en busca de mantener el consenso y de evitar las explosiones sociales. En los objetivos sociales de la APS no está el logro del pleno empleo o la solución integral a un problema como la existencia del EIR, a la OMS le interesa mantener ese necesario y funcional sujeto del desarrollo del capital -el EIR- pero en los límites de lo tolerable, por eso acude al quehacer político, a la política sanitaria.

Las diversas formas de la práctica médica existentes como producto de la política sanitaria cumplen, de manera diferencial, funciones tendientes a mantener y reproducir el modo de producción vigente, traduciendo su estructura al carácter de clase de la atención médica. De acuerdo a la lógica económica, estos sectores de la superpoblación relativa no deberían gozar de los beneficios de la "providencia social", destinada básicamente a los obreros en activo, y, en especial, a la manutención de la fuerza de trabajo de los sectores económicos más productivos, o de los sectores del terciario con funciones burocráticas o militares, que sostienen el aparato estatal. Pero, de acuerdo a nuestro análisis multilateral, la OMS hace política con la intermediación de la APS, es decir, a través de la implementación de servicios de bajo costo que permitan garantizar la estabilidad del "status quo", al poner freno a la potencial creación de focos subversivos que podrían aparecer si el descontento popular no fuera mediatizado con instru-

mentos de este tipo.

Como podemos observar, las proposiciones de la OMS a la luz de este análisis resultan ser tan demagógicas como ineficaces y es que se encierran dentro de una contradicción de origen, su carácter político-económico, su connotación de relación social encubiertas en un discurso neutral y aséptico, que, en la medida en que vamos profundizando en sus postulados descubrimos infinidad de paradojas. Basta mirar el problema de la marginación desde otra óptica, para constatar que las buenas intenciones sociales devienen políticas para mantener el orden económico existente, y es que, uno se pregunta, ¿Acaso los problemas de los marginados se pueden solucionar con paliativos como la APS? De ninguna manera, los problemas de los miembros del EIR son más complejos y de nada sirve una vacuna para reparar daños que trascienden la entidad física del individuo, que pasan de la frustración a la evasión ética o psicotrópica hasta culminar en el manicomio -almacén de mercancía fuerza de trabajo averiada irrecuperable para el capital, cementerio de disidentes silenciosos- o en el suicidio.

Así es de dramática la situación y la OMS se atreve a proponer APS ¿Cuando la APS se ha preocupado de los problemas psicológicos de estos individuos o es que sólo los países privilegiados como ellos los llaman, tienen derecho a este tipo de atención? Uno se aterra con la posibilidad de pensar una APS que contemple los males psíquicos, donde los shocks y las lobotomías baratas substituyan a la vacuna o el saneamiento básico. Aquí podemos detectar cristalinamente la irresolu

ble contradicción en que incurre un organismo como la OMS y es que al "marginado" del psiquiátrico estatal, al alcohólico solitario, al mariguano desempleado la OMS jamás les propondrá soluciones integrales que impliquen su incorporación al trabajo, su integración a la dinámica directa de la ley del valor, y es que esto no les interesa a los burócratas internacionales, gestores de la salud del mundo. Estos tecnócratas evitan la solución global o integral, incluso en términos de un consecuente reformismo, porque de lo que se trata es de mantener la existencia del EIR, pero, en sus límites tolerables. Aquel que salte la barrera de lo tolerable sale de los planes de estos jueces vestidos de blanco, el marginado que no acepte la integración olvidando su rencor contra el orden de cosas que lo llevó a la disidencia, está condenado a morir de congestión alcohólica en cualquier esquina citadina o en las mazmorras de una prisión por ingerencia de drogas o en el límite de un suicidio que será anunciado en la prensa, como un problema de insanidad individual, como si no fuera esta una costra que le sangra a la totalidad del modo de producción, del modo de vida que sobrevivimos.

Esto es lo que hay detrás de los objetivos sociales y de la manera en que se privilegia a un sujeto, esta es la manera de hacer política a partir de las políticas sanitarias.

3.3. La Política en la APS

Para la OMS "una política sanitaria (...) es una formulación de metas para el mejoramiento de la situación sani

taria, de las prioridades entre esas metas y de las orientaciones generales para alcanzarlas". (38) Y a la política sigue la estrategia -forma de implementar una política- y a la estrategia le sigue el plan nacional de acción, que es un plan intersectorial amplio para alcanzar las metas sanitarias nacionales mediante la aplicación de una estrategia establecida. (39)

¿Lenguaje político o lenguaje sanitario? La OMS lo presenta limpio de impurezas que pudieran sugerir una técnica contaminada con la política, pero lo cierto es que en realidad es un lenguaje técnico que esconde tras de sí una clara intencionalidad política, que marca una serie de acciones sintetizadas en un plan tendiente a mantener el modo de producción capitalista y el modo de vida que se desprende de él. La cuestión del plan no es una novedad, si algo demostró la crisis del '29, fue la necesidad del capital de planificar, a través del Estado, la reproducción del modo de producción capitalista. Los años del "dejar hacer" y "dejar pasar" habían quedado en el vetusto armario del librecambismo, había que intentar el crecimiento regulado del capital mediante la intervención estatal en la negociación capital-trabajo. Los sindicatos burocratizados, y los órganos representativos del capital negociarían el costo de la fuerza de trabajo, elemento central del plan de crecimiento del capital, el salario se convertía en el centro vital del desarrollo del capitalismo, hecho que se mantiene hasta la actualidad, donde el capital multinacional a través del Fondo Monetario Internacional (FMI) pretende regular a nivel mundial el proceso de acumulación mediante los toques salariales. No puede haber plan, si no se garantiza que

la clase obrera establezca sus demandas salariales para mantener el nivel de ganancias universales del capital que permitan el soñado crecimiento armónico, la implementación del plan. Al plan económico de desarrollo, le corresponde un plan de acción sanitaria; a la política económica, le corresponde una política sanitaria que consolida legitimidad, que afirme consenso, que contenga las contradicciones sociales, es decir, que haga política; digámoslo con Clara Fuster: "La política sanitaria es la expresión condensada a nivel estatal de la lucha de clases que se desarrolla en la sociedad en torno a las formas de organización social requeridas para enfrentar los problemas de salud (práctica médica). Dichas políticas no constituyen, por lo tanto, la afirmación de una propositividad soberana que, con mayor o menor grado de racionalidad, pretende impulsar transformaciones en la realidad. (40) Por el contrario, las políticas son la expresión del proceso político a través del cual el Estado va configurando la organización y la orientación de la práctica médica de acuerdo con las correlaciones de fuerzas y con el desarrollo de la lucha de clases dentro del sistema político imperante". (41)

La política sanitaria sirve para reproducir relaciones sociales, la política lleva consigo formas de funcionamiento, relaciones de poder, división de tareas entre directores y ejecutores, ideologías, etc., etc. La política sanitaria en el caso de la OMS pretende establecer estrategias internacionales ligadas a estrategias nacionales que coadyuvan a mantener el poder del capital sobre la sociedad y remarcar en el seno de

la práctica médica relaciones de subordinación y de mando. Al fin y al cabo, los tecnócratas internacionales no cuestionan ni un ápice las relaciones de poder que se generan entre el alto burócrata del Estado y su ejército de médicos ejecutantes. La política sanitaria potencia el capital como una relación social entre las personas, mediada por políticas sanitarias, para reproducir la fuerza de trabajo y el mundo de las cosas, las mercancías.

La política sanitaria es el conjunto de actividades teóricas y prácticas en el ámbito de la PM, que constituyen la hegemonía o contrahegemonía cultural y política de una clase social sobre las demás en una sociedad dada. (42) Pero en los términos de la OMS esta política se universaliza y se convierte en un plan mundial, que tiende, sin despreciar las especificidades y el ámbito político y cultural del estado nación, a garantizar la hegemonía de un capital sin nacionalidad definida sobre el proletariado y demás sectores de sujeto social subsumidos al capital.

La política sanitaria va unida íntimamente a la política económica o a la economía política y permite garantizar el funcionamiento en la producción y en el consumo, en la estructura y en la superestructura de la totalidad del modo de producción capitalista. La política sanitaria tiene un funcionamiento dual que le garantiza su carácter de clase, o al menos de responder a problemas específicos que muchas veces distan de ser los problemas más importantes a resolver -por un lado, es tan general en sus planteamientos- dado que su im

plementación descansa en el Estado que difícilmente puede ser combatida por el ciudadano que acude al servicio médico. Es por eso, que los ciudadanos solo pueden opinar y mediar en su funcionamiento y directrices a través de organismos colectivos como sindicatos, asociaciones civiles, etc., etc. La OMS trata de velar todas estas implicaciones de sus propuestas, sin embargo, afortunadamente los sujetos sociales se organizan colectivamente y paso a paso ponen en duda la neutralidad de una acción médica y buscan ampliar sus demandas, para poder intervenir en la confección y regulación de esos planes, en los que se pone en juego su existencia, su reproducción como fuerza de trabajo y sus niveles mínimos de subsistencia como parte del EIR. La parte del sujeto que consume estos servicios comienza a revelar el verdadero carácter político de las políticas sanitarias, el juego de los tecnócratas multinacionales de la salud se va desvelando y detrás del lenguaje aparenzial van surgiendo las verdaderas intenciones de las políticas, estrategias y planes de salud.

4. *La Participación Popular en Salud*

Antes de entrar a la discusión respecto a la PPS en sí misma, interesa aclarar la base teórico-conceptual acerca de comunidad, sobre la cual la APS de la OMS fundamenta su práctica. Dice: "Una comunidad se compone de personas que viven juntas, en una u otra forma de organización y cohesión sociales. Sus miembros comparten, en distintos grados, características políticas, económicas, sociales y culturales, así

como intereses y aspiraciones, incluida la salud". (43)

¿A qué conclusión se puede llegar a partir de esta definición? ¿Qué nos lleva a pensar? Que una vez más se cierran los ojos a la explotación y a la división del trabajo capitalistas. Que una vez más se cierran los ojos frente a las contradicciones de clase en estas sociedades. Que una vez más los conceptos no se concretan, aparecen como si fueran "neutros", aparecen en forma abstracta, y la comunidad es tratada como si fuera un todo homogéneo, como ya he planteado a principio de este capítulo.

Este concepto de comunidad es uno de los pilares sobre el cual la OMS construye su propuesta de PPS. Veamos como tal participación es definida: "Es el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y al comunitario". (44)

Podemos diseccionar esta definición en dos partes: la primera con relación a la responsabilidad de los individuos y las familias en relación a la salud y la segunda con relación al desarrollo.

4.1. *La responsabilidad en la definición de la APS*

Sobre la responsabilidad, he observado que es de fundamental importancia el papel que juega la educación en salud en la participación popular, en el sentido de que los individuos asuman la "responsabilidad" de su bienestar y de su sa

lud. La OMS plantea que la educación en salud (a través de la cual se obtiene la participación popular) permite a la comunidad enfrentarse más adecuadamente y de forma más responsable con sus problemas de salud, y que tal educación debe ser llevada a cabo para propiciar un "... cambio en las actitudes y en el comportamiento de las personas con objeto de mejorar su salud". (45)

Pienso que la educación en salud puede jugar un papel importante en las luchas por la salud de las clases dominadas, en cuanto un componente más dentro de las luchas por la construcción de una nueva sociedad. Esto lo planteo en el sentido de que no se entienda la crítica que haré a continuación de forma unilateral. Pasemos a la discusión de esta primera parte de la definición de PPS, en donde mi crítica se desarrolla en base a tres ejes fundamentales, que aquí los expongo por separado por cuestiones didácticas, pero que están del todo relacionados.

4.1.1. El primero de ellos es con relación a una de las funciones que, en el campo ideológico, ejerce la educación en salud. Podríamos sintetizar el pensamiento en la siguiente cita: "La educación para la salud en tanto espacio creado por las políticas oficiales en salud se erige a partir de suponer que la carencia de salud se debe a la ignorancia de la población en cuanto a hábitos correctos de higiene, alimentación y prevención de enfermedades. Esta argumentación dá bases para considerar como acción preponderante la divulgación de una serie de conocimientos, valoraciones, hábitos, actitudes y conductas que son consideradas como idóneas

para recuperar la salud. Lo que justifica una serie de apoyos institucionales y financieros que le permite tener una presencia definitiva en el discurso y las acciones oficiales en salud; sin embargo, creemos que su persistencia como política prioritaria se debe, más que a su real eficacia para solucionar los problemas de salud de la población, al papel consensual que eficazmente cumple". (46)

4.1.2. El segundo eje de discusión está orientado hacia una de las críticas globales de este capítulo: la relación desarrollo/subdesarrollo. La OMS siguiendo las ideologías desarrollistas del capital multinacional, esgrime la educación en salud como un instrumento para llegar al anhelado "desarrollo", como una vía para legitimar la búsqueda de la continuidad de un modo de producción que en su acumulación diaria pasa sobre la salud de los trabajadores. La educación en salud introyecta una ideología de cooperación que encubre la división de clases, encubre e ilusiona a "la comunidad" con un desarrollo, que derramado, implica progreso individual y elimina la pobreza. La educación en salud, ligada a un concepto abstracto de salud, implica educación en salud para hacer mas llevadera la división de clases, la explotación. Al hablar de la educación en salud como instrumento para el "desarrollo", la OMS es también parcial, pues se olvida de otros importantes elementos que están implícitos en el "desarrollo" y que van unidos a la necesaria transformación económica. Y en este punto me remito una vez más a Cornelius Castoriadis que dice: "... si el Tercer Mundo debía ser 'desarrollado',

· las estructuras sociales, las actitudes, la mentalidad, las significaciones, los valores y la organización física de los hombres debían ser cambiados". (47)

4.1.3. El último eje de discusión está relacionado con la ideología conductista de la educación en salud. Ideología que el capital hecha mano para encubrir, una vez más y de forma bastante hábil, las contradicciones de clase, y es que "Si unimos esta concepción conductual de la génesis de la enfermedad con la 'concientización' que los programas proclaman, nos damos cuenta que se pretende concientizar a la comunidad de que su conducta negativa a la salud es la raíz de sus problemas de enfermedad. Es decir que la comunidad es responsable de su propia situación de salud...", (48) encubriendo que, en realidad, los problemas relacionados con la salud son síntomas de un cierto "modo de andar en la vida", son síntomas de las relaciones materiales de existencia, del modo como los hombres entran en contacto con la naturaleza. La actividad productiva es fundamental para entender los problemas respecto a la salud. De la actividad productiva los hombres existen, ella da la pauta de las formas de existencia y de reproducción del sujeto.

Por este motivo es que planteo que la educación (conductista) en salud, como la OMS propone, tiene la característica de problematizar los efectos y nunca las causas, tiene la característica de negar que vivimos en sociedades de luchas de contrarios, "de explotadores y de explotados, de dictadores y ejecutores, de realizadores y alienados, de represores y repri

midos". (49)

4.2. El concepto de desarrollo en la definición de la PPS

El segundo punto a discutir desglosado de la definición, es en relación al "desarrollo", y es que no queda claro de que tipo de desarrollo habla la OMS. Se deduce que la participación de la comunidad debe servir al desarrollo del capitalismo. Si esto es así, estoy en desacuerdo, porque para el capital "el modo de andar en la vida" de los trabajadores no es lo que cuenta, sino, lo que cuenta es todo lo que se refiere a desarrollar formas más eficaces de extraer mayores ganancias para el beneficio de la economía capitalista. Estoy en desacuerdo con cualquier tipo de desarrollo que se base en la explotación de una clase sobre la otra porque "El desarrollo económico (en las sociedades capitalistas) es (...) la perpetuación de la sociedad capitalista (...), y en consecuencia la perpetuación de la estructura histórica fundamental sobre la cual reposa esta agitada sociedad: el poder que una clase minoritaria ejerce sobre una masa cada vez más proletarizada, a fin de que esta trabaje para ella, en las condiciones establecidas por ella, con los medios que ella propone y para los fines que ella dispone". (50)

Esta forma de plantear mi posición no implica que es té en desacuerdo con un desarrollo integral de la sociedad, en donde las diferencias entre los directores y ejecutores hayan desaparecido, tanto a nivel estructural (en la producción) como superestructural.

4.3. Otros aspectos a criticar

Después de haber tejido estas críticas en torno a la definición de la PPS, pasaré a desglosar críticamente algunos aspectos particulares de la concepción de la OMS con relación a dicha participación. Pasemos a ellos:

4.3.1. Respecto al financiamiento, se plantean fundamentalmente dos propuestas: a) que los gobiernos tienen la obligación de velar por la salud del pueblo y b) que la comunidad y el país deben soportar los gastos quedando para la primera (la comunidad) el aporte de recursos materiales (material de construcción, dinero, etc., etc.) y mano de obra, una vez que estos recursos representan altos costos para el Estado. (51)

Es evidente el discurso demagógico y vago de la primera propuesta. ¿Desde cuando el Estado va a velar para que los individuos tengan lo que él mismo y los patrones les quitan: su salud? Al confrontar estas dos propuestas, queda claro el objetivo del Estado, de un Estado que vive los momentos de una profunda crisis económica mundial: que se quede exento de su responsabilidad de aportar estos recursos que se cargan a la comunidad, una vez que urge reducir los gastos públicos, no sin perder el consenso de las clases dominadas. ¿Quiénes son los que deben subsidiar los gastos de la APS en los países regidos por la contradicción capital-trabajo? Son exactamente los que sugan día a día, gota a gota la sangre y la vida de los trabajadores, los que día con día exterminan su salud y su parca existencia: los patrones y su Estado.

3.3.2. Pasemos ahora a otro de los aspectos de la PPS planteado por la OMS: su carácter burocrático, antidemocrático y autoritario. Observemos los siguientes planteamientos:

- "La responsabilidad final de la evaluación del conjunto del sistema de salud incumbe a las autoridades centrales...". (52)
- "Ante todo, debe decidirse en quienes se delegan la responsabilidad y la autoridad para la programación de los planos intermedio y de la comunidad local...". (53)
- "Las políticas básicas y los programas y estrategias prioritarios se deciden en el centro". (54)
- "El punto de partida para aplicar el proceso de gestión podría ser la decisión del gobierno de asignar a un grupo o comité preferiblemente de carácter interno sectorial, la tarea de formular estrategias y planes de acción nacionales con miras a alcanzar la salud para todos en el año 2000". (55)
- "Habían de darse directrices para ayudar a las comunidades a planear y organizar sus servicios de APS..." (56)

Como podemos observar, las políticas, los planes y los programas son tratados a nivel central. ¿Qué queda para la población? Ejecutar. Finalmente, los individuos que deberían gestionar el poder sobre la salud son manipulados y sometidos a simples ejecutores de las decisiones del nivel central, sin cualquier posibilidad de autogestión, una vez que dicho poder -y ningún otro- debe ser tocado, debe ser comprome

tido o correr riesgos. La "población" es manipulada y desde el centro se decreta que puede "participar", pero sin cuestionar o poner en duda aspectos de fondo del sistema vigente, aspectos esenciales del sistema político, económico y social dominantes. Por esto planteo que la PPS en las sociedades capitalistas tieneⁱ como principal objetivo controlar y aplacar los antagonismos, las contradicciones de clases, es decir la lucha de clases. Es por esto que la PPS decretada por el Estado es falsa. Y es mas, la PPS no ocurre porque sale en los discursos gubernamentales o porque el Estado decreta. Pienso que la PPS, léase, la conquista del poder sobre la salud, solamente va ser posible cuando los individuos estén organizados libremente, según sus intereses, necesidades comunes, motivaciones y aspiraciones. Va a ser posible cuando los individuos se sientan movidos a insertar la lucha por el poder sobre la salud como un instrumento más de lucha política, para conquistar el poder en sus aspectos más amplios. Para conquistar el poder que hace cambiar las relaciones de propiedad, producción y explotación. Para conquistar el poder que representa la eliminación de las funciones producto de la división de trabajo entre directores y ejecutores. Para conquistar el poder que representa la libertad, el ejercicio de la libre manifestación, de la autogestión.

4.4. Una propuesta alternativa de PPS

Después de estas consideraciones, ha llegado el momento de dejar aquí planteado que es lo que yo entiendo por participación popular. Sin embargo, antes de hacer esta con-

ceptualización, me permitiré remitir a una serie de características que sobre PPS fueron planteadas en la IV Reunión Especial de los Ministros de Salud de las Américas. (57) Las retomo por su importancia como directriz teórica en la implementación de la APS, para, posteriormente, y a modo de conclusión, confrontar, matizar, refutar o complementar, de acuerdo a mi conceptualización en torno al tema.

Características que plantean los Ministros de Salud:

- "ACTIVA: Cuando la población interviene en sus diferentes etapas.
- CONSCIENTE: Cuando se ha enterado a fondo de sus problemas, los traduce en necesidades, sentidos y trabaja para solucionarlos.
- RESPONSABLE: Cuando se compromete y decide proceder con pleno conocimiento de efectos y obligaciones.
- DELIBERADA: Cuando expresa su libre voluntad.
- ORGANIZADA: Cuando percibe la necesidad de aunar esfuerzos para lograr el objetivo común.
- SOSTENIDA: Cuando actúa en forma conjunta y permanente para resolver los diferentes problemas de su comunidad". (58)

Propuestas alternativas y Suplementarias en torno a las Características planteadas:

- ACTIVA: "Cuando la población interviene en las diferentes etapas" (59) y en los diferentes niveles, es decir: cuando interviene de modo integral, des-

de la toma de decisiones, la planificación, programación, ejecución, evaluación y retroalimentación, a nivel central, regional y local.

CONSCIENTE: Cuando es... "informada, activa, con capacidad de decisiones, en el ámbito de la vida cotidiana, en los nexos de pareja, de grupo de trabajo, recreativos o ideológicos. /Conciencia que se adquiere a través de[/ "...concurso de la introversión psicoanalítica, del ejercicio de la expresión corporal, de la perceptividad sexual, del estudio, de la meditación o de la maduración en la praxis política".(60)

RESPONSABLE: En la medida en que esto implica un compromiso político, en la medida en que el pueblo organizado se compromete en el proceso social general en el cual, la autogestión en salud, constituye un elemento de este proceso. En este sentido: "La salud equivale a capacidades cuyo desarrollo será de la responsabilidad de hombres nuevos, autosuficientes y, al mismo tiempo, comunicados en lo personal, haciéndose a sí mismos en un proceso continuo, con la colaboración en el desarrollo de los otros".(61)

DELIBERADA: "Cuando expresa su libre voluntad"(62) a través del ejercicio de la democracia, de la igualdad, "igualdad en las condiciones de vida, de oportunidades para desarrollar las capacidades individuales. La democratización de las condiciones

que generan la salud, ya no de los recursos para atender la función médica, se manifiesta a través de la lucha por llegar a una sociedad sin explotadores ni explotados, realizadores y alienados, represores y reprimidos. Democratizar las bases de la salud implica alcanzar una sociedad autogestionada". (63)

ORGANIZADA: Es decir... "autónoma, que proviene de definiciones programativas de organizaciones de masas, que eligen representantes destinados a intervenir en los consejos de salud de tipo consultivo o resolutivo, o que integran equipos de trabajo asistenciales o de educación. La participación del pueblo en las tareas de salud puede tener un alcance legitimador en lo concerniente a las estructuras vigentes o ser expresión de la búsqueda de caminos para presionar en la dirección hacia cambios, ser un medio de aprendizaje, de maduración para el ejercicio de la libertad". (64)

SOSTENIDA: Cuando, además de actuar... "en forma conjunta y permanente para resolver los diferentes problemas de su comunidad", (65) controla, ejerce poder y cogestiona.

En este marco, entiendo por participación popular en salud un proceso en el cual el pueblo organizado de forma autónoma y democrática, interviene en todas las tareas relativas al problema de la salud y la enfermedad, es decir, interviene

en la toma de decisiones, en la ejecución, ~~evaluación~~ y retroalimentación. (66) Entiendo también que la PPS debe estar vinculada con la gestión en todos los ámbitos de la vida, en la producción, en las relaciones sociales, en la existencia cotidiana, en la forma de reproducción, en la actividad política, en el Estado, y en última instancia, en todo lo que se relaciona al ciclo vital del sujeto social.

Caracterizado, analizado y criticado la APS en su acepción más genérica, el siguiente paso deberá consistir en bajar a un nivel menos abstracto, sin aterrizar todavía en lo específico (la APS en Nicaragua), sin llegar a lo particular. Antes de llegar a la realidad escogida como objeto de estudio de este trabajo, deberé pasar por momentos de análisis y síntesis que contextuen a la práctica médica histórica y políticamente. Siguiendo la secuencia de mi análisis, después de haber estudiado la APS teórica y conceptualmente en su relación con el proceso de producción social, el peldaño siguiente marca la necesidad de analizar la práctica médica con el Estado, histórica y geográficamente determinado; ese será el objetivo del siguiente capítulo.

N O T A S

- (1) Antonio Gramsci. *Notas sobre Maquiavelo, sobre política y sobre el Estado moderno*, Juan Pablos Editor, México, 1975, pág. 287.
- (2) Resoluciones WHA28.88 (1975) y WHA29.19 (1976). Así se les denomina en OMS/UNICEF, *Alma-Ata, 1978: Atención Primaria de Salud*. Ginebra, Serie "Salud para Todos", No. 1, pág. 13.
- (3) Y es que desde 1972, en la Tercera Reunión de Ministros de Salud de las Américas en Chile, se constata la realidad de que un gran porcentaje de la población latinoamericana no tenían acceso a los servicios sanitarios. Posteriormente, en el Plan Decenal de las Américas, se reconoce el derecho de los pueblos a la salud y el deber del Estado de velar por la misma. Ya desde esos sucesos la extensión de cobertura por medio de atención de baja complejidad (Atención Primaria de Salud) realizada por personal de nivel escolar medio o por la población misma ("participación popular") comienza a concretarse.
- (4) OMS/UNICEF. *Alma-Ata, 1978: Atención Primaria de Salud*, *op. cit.*, pág. 13.
- (5) Resolución WHA30.43. OMS. *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*, Ginebra, 1979, Serie "Salud para Todos", No. 2, párrafo 2.
- (6) Resolución WHA32.30. OMS. *Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000*, Ginebra, 1981, Serie, "Salud Para Todos", No. 3, pág. 3.

- (7) OMS. Formulación de estrategias..., *op. cit.*, párrafo 4.
- (8) OMS. Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000, *op. cit.*, pág. 3.
- (9) *Ibidem.*, pág. 14.
- (10) Thomas Szasz. *La Tecnología de la Medicina*, Tusquets Editores, Barcelona, 1980, pág. 156.
- (11) OMS/UNICEF. *Alma-Ata: Atención Primaria de Salud*, *op. cit.*, pp. 19-20.
- (12) *Ibidem.* pág. 45. Uno podría pensar que los epígonos del desarrollo capitalista al estilo del siglo XIX han desaparecido, pero como vemos reencarnan en la tecnocracia moderna. Vale recordar lo que Marx escribía en relación con esta forma de abordar la realidad social: "Parece justo comenzar por lo real y lo concreto, por el supuesto efectivo; así, por ejemplo, en la economía, por la población que es la base y el sujeto del acto social de la producción en su conjunto. Sin embargo, si se examina con mayor atención, esto se revela (como) falso. La población es una abstracción si dejas de lado, p. ej., las clases de que se compone. Estas clases son, a su vez, una palabra vacía si desconoces los elementos sobre los cuales reposan, por ej., el trabajo asalariado, el capital, etc. K. Marx, *Introducción general a la crítica de la economía política*, 1857, Cuadernos de Pasado y Presente, No. 1, Córdoba 1974, p. 21.
- (13) OMS. Formulación de Estrategias..., *op. cit.*, párrafo 8.

- (14) OMS. Alma-Ata 1978: Atención Primaria de Salud, *op. cit.*, pág. 52.
- (15) Ibidem. pág. 2.
- (16) "La enfermedad ya no es objeto de angustia para el hombre sano, sino que se ha convertido en objeto de estudio para el teórico de la salud. En lo patológico, edición en grandes caracteres, se descifra la enseñanza de la salud, un poco como Platón buscaba en las instituciones del Estado el equivalente agrandado y más fácilmente legible de las virtudes y vicios del alma individual", Georges Canguilhem, *Lo Normal y lo Patológico*, Siglo XXI Editores, México, 1983, pág. 20.
- (17) OMS. Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la Salud para Todos en el Año 2000, Serie "Salud para Todos", Ginebra, no. 4, pág. 41.
- (18) Georges Canguilhem, *op. cit.*, pág. 102.
- (19) Ibidem, pág. 62.
- (20) Ibidem, pág. 151.
- (21) Asa Cristina Laurell y Margarita Márquez. *El Desgaste Obrero en México*, Editorial Fra, México, 1983, pág. 9.
- (22) Carlos Marx. *El Capital*, Tomo I, Vol. 1, Capítulo V, Siglo XXI Editores, México, 1977, pág. 215.

- (23) Alma-Ata 1978: Atención Primaria de Salud, *op. cit.*,
pág. 51.
- (24) Cfr.: Asa Cristina Laurell y Margarita Márquez. El
Desgaste Obrero en México, *op. cit.*
- (25) Cornelius Castoriadis. "Reflexiones sobre el 'desarrollo'
y la 'racionalidad'", en *El Mito del Desarrollo*,
Editorial Kairos, Barcelona, mayo, 1980, 1a. edi-
ción, pp. 183-184 (el primer subrayado es mío).
- (26) Rafael Pallais. *Incitación a la refutación del tercer mun-
do. Con una referencia especial a Nicaragua*, Edit.
El Milenio, México, julio, 1979, pág. 20.
- (27) *Ibidem*, pp. 38-39.
- (28) *Ibidem*, pág. 40.
- (29) Cornelius Castoriadis, *op. cit.*, pág. 188.
- (30) OMS/UNICEF. Alma-Ata 1978: Atención Primaria de Salud, *op.*
cit., pág. 51.
- (31) *Ibidem*, pág. 51.
- (32) *Ibidem*, pág. 51.
- (33) Para la discusión sobre la "responsabilidad de la comuni-
dad por su salud", otro elemento importante de este
discurso, favor remitirse al apartado 4 de este capítu-
lo: Participación Popular en Salud.

- (34) Cfr.: Alma-Ata 1978: Atención Primaria de Salud, *op. cit.*,
Párrafos 8, 24-27, págs. 45, 51 y 52 respectivamente.
- (35) OPS. "Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud
con las Estrategias de Atención Primaria y Participación de la Comunidad", en, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. LXXXIII, No. 6, Washington, D.C., diciembre, 1977, pág. 4. (el subrayado es mío).
- (36) Karl Marx, *El Capital*, Tomo I, Vol. 3, capítulo XXIII, Siglo XXI Editores, México, 1976, pp. 759-807.
- (37) Carlos Toranzo, *Notas sobre la Teoría de la Marginalidad Social*, UAM-Xochimilco, México, Mimeo, 1982. pp. 5-22. La cita no es para criticar al autor: parto de que la definición económica es correcta y critico a aquellos que explican el fenómeno de la "marginalidad social" desde el punto de vista apenas económico, es decir parcialmente.
- (38) OMS. *Formulación de Estrategias...*, *op. cit.*, párrafo 17.
- (39) *Ibidem*, párrafo 17.
- (40) Bravo, L., "Sistemas de Salud", Washington, OPS, *Publicación Científica*, No. 234, 1972, citado por Clara Fassler, "Política Sanitaria de la Junta Militar Chilena, 1973-1980", en *Revista Latinoamericana de Salud*, Editorial Nueva Imagen, México, No. 2, abril, 1982, pág. 26.
- (41) Clara Fassler, *op. cit.*, pág. 26.

- (42) Definición tomada del Seminario de especialización en Práctica Médica, 7a. generación de la Maestría en Medicina Social, UAM-Xochimilco, México, 1983.
- (43) OMS/UNICEF. Alta-Ata 1978: Atención Primaria de Salud, *op cit.*, pág. 57.
- (44) *Ibidem*, pág. 58.
- (45) OMS. Preparación de Indicadores..., *op. cit.*, pág. 30.
- (46) Mercedes Juárez y Mariano Noriega, *La educación para la salud vista desde las culturas subaltornas*, documento elaborado para el seminario de Educación en Salud de la Maestría en Medicina Social, UAM-Xochimilco, México, sep-oct, 1982, pp. 4-5.
- (47) Cornelius Castoriadis, *op. cit.*, pág. 190.
- (48) Benno de Keyser y Jeannette Ulate. "Educación, participación en salud e ideología: Nicaragua pasado y presente", en *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, Costa Rica, oct-nov, 1980, pág. 153.
- (49) Luis Weinstein, *Salud y Autogestión. la antimedicina a examen*, Editorial Dosbe, Madrid, 1978, pág. 161.
- (50) Rafael Pallais, *op. cit.*, pág. 17.
- (51) OMS/UNICEF. Alma-Ata 1978: Atención Primaria de Salud, *op. cit.*, págs. 20 y 59.

- (52) OMS. Proceso de Gestión..., *op. cit.*, pág. 55. (el subrayado es mío).
- (53) Ibidem, pág. 39.
- (54) Ibidem, pág. 17.
- (55) Ibidem, pág. 15.
- (56) OMS. Formulación de Estrategias..., *op. cit.*, párrafo 60.
- (57) Washington, D.C., 26 y 27 de septiembre de 1977.
- (58) OMS. Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud..., *op. cit.*, pág. 11.
- (59) Ibidem, pág. 11.
- (60) Luiz Weinstein, *op. cit.*, pág. 161.
- (61) Ibidem, pág. 176.
- (62) Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud..., *op. cit.*, pág. 11.
- (63) Luiz Weinstein, *op. cit.*, pág. 161.
- (64) Ibidem, pág. 162.
- (65) Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud..., *op. cit.*, pág. 11.

(66) Esta definición es resultado de discusiones que se llevaron a cabo en los seminarios y talleres de investigación en la Maestría en Medicina Social -UAM-Xochimilco- por la 7a. generación en el área de Práctica Médica.

CAPITULO II. HACIA UNA DEFINICION GENERAL DEL ESTADO Y SU RELACION CON LA PRACTICA MEDICA

Introducción

La lectura de la práctica médica (PM) en una formación social determinada pasa por el análisis de la relación producción-sociedad-Estado como he tratado en el capítulo anterior, a nivel teórico. En este sentido, el análisis de la APS en los distintos momentos históricos implica que, para su lectura, las categorías sociales estén claramente identificadas, lo cual permitirá que la caracterización de las transformaciones en la formación económico-social (FES) nicaraguense sean un parámetro en la comparación que pretendo diferenciar.

Dado que el Estado interviene cada día más directamente en el ciclo reproductivo a partir de las transformaciones contemporáneas en el proceso de acumulación capitalista; dado que mi objetivo es establecer las diferencias que existen entre un aspecto particular de la PM -la APS- en Nicaragua, antes y después del triunfo revolucionario; dado que esas diferencias están directamente relacionadas con la forma Estado y las políticas que emanan de él, es que la categoría Estado adquiere una importancia metodológica central.

Mi estudio trata de identificar la forma de implementación de una política particular que es la "Salud para Todos", en dos momentos de la vida de un pueblo como el de Nicaragua. Y como ya dije anteriormente, el caracterizar el Estado y su intervención en la reproducción, nos ayudará a profundizar en

la continuidad, ruptura, transformación y diferencias que existen entre la SPT 2000 implementada por el Estado del somocismo y por el Estado de la revolución en el poder.

Por lo tanto Estado, política en general, política sanitaria y PM serán los temas y categorías sociales sobre las cuales trabajaré a lo largo de este capítulo.

1. El Estado, La Política, y la Política Sanitaria

1.1. Definición teórica de Estado.

La definición más simple de Estado parte del principio de que este es el producto ó el resultado de la escisión de las sociedades en clases sociales, escisión que originó lo que en el mundo contemporáneo caracteriza a las sociedades capitalistas, es decir, la existencia de un proletariado en un extremo y de una burguesía en el otro extremo. La existencia de las clases supone necesariamente la existencia de un poder político para mantenerlas, y este poder político es ejercido a través del Estado. Este principio elemental es apenas la puerta de entrada que nos lleva a definir más ampliamente el Estado, ahora ya no como el simple instrumento al servicio de las clases dominantes, como el "aparato parlamentario", "aparato gubernamental" o "garante del orden", sino como "todo el complejo de actividades prácticas y teóricas con las cuales la clase dirigente no solo justifica y mantiene su dominio, si no también logra obtener el consenso activo de los gobernados".⁽¹⁾

Como podemos observar, en la definición gramsciana

de Estado, el concepto de hegemonía es central, de ahí que hago un alto en el camino para tratar suscintamente dicho concepto. "La hegemonía es la unidad de la dirección política, intelectual y moral y del dominio político y económico que ejerce una clase social sobre toda la sociedad".⁽²⁾ La función del binomio coerción-consenso en esta definición, léase fuerza-dirección, es ejercida desde el ámbito de las superestructuras que origina otro binomio: sociedad civil-sociedad política. En la primera predomina el uso del consenso en donde el Estado, a través de los organismos vulgarmente denominados privados (iglesias, escuelas, prensa, hospitales, etc., etc.), ejerce funciones de dirección, en el decir de Gramsci "funciones pedagógicas de tipo positivo". En la segunda -sociedad política o Estado-gobierno- predomina el uso de la fuerza o del dominio directo, a través de los aparatos coercitivos y jurídicos del Estado (ejército, policía, burocracia, magistraturas y leyes).

Ahora bien, es necesario aclarar que la separación entre sociedad civil (SC) y sociedad política (SP), entre coerción y consenso es virtual una vez que en los aparatos de hegemonía la coerción también se hace presente, en tanto que el Estado-gobierno también ejerce actividades encaminadas a la obtención de consenso. El predominio de uno u otro en el ejercicio de la hegemonía va a depender, entre otras cosas, del momento coyuntural e histórico que vive una determinada sociedad, del tipo de sociedad y de la correlación de fuerzas a su interior.

Por otro lado, tampoco es real la separación que ubica la función de hegemonía apenas a nivel de las superestructuras; esta función rebasa los límites de la sociedad civil y política para alcanzar el espacio de la estructura económica. Es por esto que Gramsci decía, a partir de su estudio del americanismo y del fordismo en Estados Unidos, que "la hegemonía nace de la fábrica".⁽³⁾ Con el americanismo-fordismo la relación fábrica y sociedad se perfecciona para el capital, la burguesía alcanza una visión totalizante de la producción como proceso de reproducción social, como unión de la producción a la reproducción; de la producción a la circulación, la distribución y el consumo. Para ejercer la hegemonía en la fábrica basta combinar "la fuerza (destrucción del sindicalismo obrero en base territorial) con la persuasión (altos salarios, diversos beneficios sociales, propaganda ideológica y política muylúbil) logrando así hacer girar toda la vida del país alredor de la producción".⁽⁴⁾

Sin embargo, esto no tiene nada que ver con la "determinación económica en última instancia", ya que las modernas formas de obtener el consenso económico de la clase obrera, a través del pago de salarios altos es, contemporáneamente, una forma de hacer política y de consolidar la reproducción.

A la hegemonía que nace de la fábrica, que rebasa sus ámbitos para alcanzar la esfera de la hegemonía fuera de ella, Gramsci la denomina "sistema de coerción ideológicas y morales" y un ejemplo de ella es el llamado a la monogamia que hacía el taylorismo-fordismo a los obreros del capitalismo contemporáneo. La poligamia y los placeres en exceso como el

beber y el amar, dentro y fuera de la casa, inquietaron a personajes como Taylor y como Henry Ford, puesto que representaban gastos de energía y tiempo que eran indispensables en el proceso de producción inmediato. Gramsci apuntaba en *Americanismo y Fordismo* refiriéndose al taylorismo y a la racionalización en general:

Estos nuevos métodos exigían una rígida disciplina de los instintos sexuales (del sistema nervioso), es decir, una consolidación de la "familia" en sentido amplio (no de esta o aquella forma del sistema familiar), de la reglamentación y estabilidad de las relaciones sexuales. (5)

Para Henry Ford la producción es una totalidad y "por lo tanto, tiende a organizar y controlar las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo. Busca controlar no solo la vida del trabajador en la fábrica, sino su cotidianidad fuera de ella, su 'tiempo libre'". (6)

El binomio SC-SP conforma el terreno de las superestructuras, en donde en la SC las clases subalternas tienen su lugar histórico así como en la SP se organizan las clases dominantes. (7) Partir del binomio SC-SP implica contemplar a su lado el terreno estructural, con quien se establece una unidad orgánica y dialéctica que conforma lo que Gramsci denominó Bloque Histórico, o sea, la interacción de las relaciones sociales de producción y las superestructuras. SC y SP así como superestructura y base económica son conceptos definidos sólo para fines de exposición; en la realidad social son momentos y espacios interrelacionados en constante movimiento y trans-

formación.

1.2. *Definición de Política y Política Sanitaria*

La definición de Estado en el presente trabajo encuentra razón de ser si lo relacionamos con el concepto de política, buscando dar movimiento a este concepto en la política sanitaria (PS).

El punto de partida consiste en entender la política como la actividad o la praxis humana que lleva en su seno relaciones de poder, relaciones de dominio de una clase social sobre el conjunto de la sociedad. Así, todo poder -sea económico, ideológico o político- se instituye, se constituye, se institucionaliza, se constitucionaliza y se mantiene precisamente en sociedades divididas en clases, en sociedades de desiguales. Pero, las relaciones de poder no se dan de forma blanda sino que suponen pugnas, suponen luchas, suponen luchas de clases. Así, el campo de aplicación de la política es precisamente el campo de la lucha de clases. Y la aplicación del poder político (del Estado) tiene por objeto aplacar y contener esta lucha, por la coerción, por el consenso o por el uso combinado y dialéctico de los dos.

El movimiento que trato de dar al concepto de política encuentra su objeto en la PS.⁽⁸⁾ Decía en el primer capítulo que la PS contiene las contradicciones de clase, que consolida legitimidad y afirma consenso. Y si esto es así es porque los antagonismos entre las clases fundamentales, sus luchas, sus contradicciones irreconciliables se ven, muchas ve-

ces, asimiladas y sintetizadas por el Estado, de donde emana una parte del poder político. Este poder político se expresa, por un lado, en el dictamen de las políticas, tanto a nivel general como a nivel particular. Estas políticas estatales buscan reproducir, en el caso de las sociedades capitalistas, los elementos específicos de estas, como son: una fuerza de trabajo viable al servicio del capital, la regulación de las relaciones capital-trabajo, el logro del consenso, la introyección de un modo de vida necesario al modo de producción, etc., etc.

Pero, si afirmamos que la PS contiene las contradicciones de clase, no hay que visualizar el dictamen de las mismas de forma unilateral y neutral. El Estado, al dictar las políticas rescata el sentir y las necesidades de las clases dominadas; esto hace parte del logro del consenso en el ejercicio de la hegemonía, principalmente si tomamos en cuenta que el Estado va más allá de ser un simple "instrumento" de la(s) clase(s) dominante(s). Las demandas sanitarias de los trabajadores, las formas de llevar la lucha por estas demandas, los modelos subalternos o alternativos de PM, etc., etc., son factores que contribuyen para la definición de las PS y las especificidades de la PM estatal.

Por lo expuesto, es necesario tomar el dictamen de las PS exactamente como tal, es decir, como expresión de la lucha de clases en el seno de una determinada formación social, luchas que van determinando, a la larga, de acuerdo a las correlaciones de fuerzas, las transformaciones de la PM en esta formación social.

2. El Estado y su relación con la Práctica Médica

Comenzamos este capítulo por la definición de Estado para establecer una relación del Estado con la PM. En el ejercicio de la política el Estado como garante de la reproducción del ciclo capitalista, como representante del capital social, busca utilizar dentro de sus políticas la política en salud para coadyuvar a la reproducción de sistema en sus dos momentos fundamentales: a) el momento estructural del proceso de trabajo inmediato (producción) y en el proceso de circulación (distribución, cambio, consumo: reproducción), por un lado, y b) en la expresión política, ideológica y moral que permite la re-producción (superestructura). La política de salud y la PM que se define a partir de ella, permite al Estado intervenir directamente en el proceso de producción, a través del control de la fuerza de trabajo en su reproducción y en su reparación como mercancía coadyuvando indirectamente a la producción de valor (desde el cuidado de la futura madre hasta la atención primaria a los accidentes de trabajo y enfermedades de los trabajadores). La otra cara de la intervención del Estado en la PM implica el momento de la superestructura o el momento superestructural de la reproducción. Su intervención permite lograr, entre otras cosas, la reproducción en su síntesis, en su bloque histórico, de las siguientes formas:

- a).- Reproduciendo un tipo de práctica que contiene formas de funcionamiento y ejercicio de poder para mantener una sociedad disciplinaria, una sociedad que

permita reproducir las relaciones de dominación del capital. Reproduciendo jerarquías, visiones, prácticas que redunden en cuerpos dóciles y disciplinados para la producción, que varían de acuerdo a los sujetos a quienes se dirige.

- b).- Creando consenso, regulando el conflicto interclasi-
sista mediante la conseción de servicios de salud. Solo que la conseción de los servicios sanitarios por sí misma no garantizan la plenitud del consenso. De ahí que los conceptos de *eficacia* y *eficiencia* se plantean como elementos técnicos que deben estar presentes en el funcionamiento de los servicios. Para mí estos son elementos políticos también, una vez que coadyuvan a crear consenso. La simple implantación de un servicio no es suficiente, hay que hacerlos que funcionen. De ahí el papel de la eficacia y eficiencia como *creadores de consenso*.
- c).- Reproduciendo ideología a través del consumo. El consumo como lo plantea Marx "*pone idealmente el el objeto de la producción, como imagen anterior, como necesidad, como impulso y como finalidad. Ella crea los objetos de la producción bajo una forma que es todavía subjetiva. Sin necesidad no hay producción*".⁽⁹⁾ El consumo de los servicios médicos introyecta una *PM* e incluso todo un *modo de curación* que incluye todo tipo de medicina, un tipo de relación entre el médico y el paciente (unilateral y autoritaria), en esta misma medida permite re

producir en lo económico y agilizar y supeditarse a una industria médica cuyos objetivos son el valor de cambio, la ganancia. Por esto la medicina natural y popular es sepultada. En esa medida se obliga al sujeto a depender de la autoridad del saber del médico y consecuentemente de la autoridad-poder institucional, del Estado.

Mediante la síntesis de éstos dos momentos de la PM (el que incide en el proceso de producción inmediato-economía y el que incide en la reproducción ideológico-política) el Estado cumple con sus funciones de reproductor de la fuerza de trabajo y en consecuencia de las relaciones capitalistas de producción.

Sin embargo, esta forma en que el Estado se relaciona con la M no es un producto acabado, se ha ido constituyendo históricamente. Las transformaciones en la forma Estado-atravezadas por la lucha de clases- modifican la relación Estado-PM. De ahí que veremos a continuación, a la luz de la historia, las transformaciones del Estado y su incidencia en la PM.

Nuestro recorrido será breve pero nos permitirá determinar los momentos cruciales de la transformación del Estado en América Latina y su relación con las transformaciones generales del Estado a nivel mundial (Estado Liberal-Estado Liberal Oligárquico / Estado bienestar - Estado planificador - populismo / Estado de la crisis).

2.1. Estado Liberal y Estado Liberal Oligárquico

La historia del Estado en el modo de producción capitalista nos lleva necesariamente a hacer un viaje retrospectivo a través del tiempo, hasta llegar a las últimas décadas del siglo pasado, más precisamente a sus dos últimas décadas, cuando la vieja sociedad o la sociedad tradicional basada en la producción agrícola da su paso definitivo hacia la moderna sociedad basada en la producción industrial. Hablo del período de la segunda revolución industrial, del período de la "gran transformación" como lo expresó Karl Polanyi acerca de la sociedad europea. Esta transformación generó que más y más hombres se fueron incorporando al nuevo sistema de relaciones llamado en ese entonces de "mercado autorregulado". Generó también el crecimiento de la burguesía que se relacionaba con la gran masa de obreros a través de la compra de su fuerza de trabajo únicamente, compra cuyo objetivo final y primero era la explotación para la generación de plusvalor. La función del Estado no llegaba más allá de la protección externa al nuevo sistema, protección que se daba desde el exterior del mundo de la producción y de la distribución, que no se adentraba más allá de los límites permitidos por la burguesía. Era el Estado "garante del orden", garante del funcionamiento de este nuevo mercado autorregulado. Autorregulado en el sentido de que la clase dominante no permitía la intervención del Estado en la economía, porque no quería correr el riesgo de que se rompiera el ciclo "natural" y "armónico" del librecambismo, de que se quebrara el libre juego de la oferta y la demanda.

La expresión política del librecambismo es el *laissez-faire*, es lo mismo que se denominó en Europa como Estado Liberal cuyo correspondiente en América Latina es el Estado Liberal Oligárquico. (10) Liberal en el sentido del *laissez-faire*; oligárquico en el sentido de que un pequeño grupo de terratenientes y burgueses controla la producción y tiene en sus manos el poder de la regulación de la venta de los productos o materias primas. El Estado portaba ataduras en las manos y los pies, ataduras que la clase dominante le impuso, y se portaba como un ayudante, como un aliado de los que detentaban el poder. Ni siquiera se prestaba este Estado a proporcionar una respuesta a las necesidades sociales de la inmensa masa de trabajadores desarraigada de su modo de vida separada de sus medios de producción y cuya única pertenencia era su cuerpo que podía vender "libremente" como fuerza de trabajo a las clases dominantes.

Esta es la fase del Estado que Gramsci denominó económico-corporativa, en donde la fuerza predominaba sobre el consenso, en donde a la burguesía no le importaba la dirección política, ideológica y moral de las clases subalternas, lo que le importaba era la libre compra y la posterior libre explotación de la fuerza de trabajo. Juan César García expresa muy oportunamente este hecho al decir que en el Estado liberal oligárquico "quienes detentan el poder no superan los intereses económicos de su grupo y no intentan que el grupo social más amplio haga suyos estos intereses. Al faltar el consenso de los sectores subordinados, la coacción extraeconómica se con-

vierte en el eje fundamental del Estado y de aquí el rasgo de autoritario que se le asigna a este tipo de (Estado) "liberal oligárquico",⁽¹¹⁾ en América Latina.

Sobre dos ejes paralelos e inseparables, que se unían y que se negaban, corría la historia de la sociedad bajo la fase económico-corporativa del Estado: en uno de estos ejes estaban los que dominaban, las clases dominantes que, conjuntamente con el Estado, hacían a un lado a las necesidades de los trabajadores, cada vez más abandonados a su propia suerte, cada vez más degradados moral y materialmente. Sobre el otro eje se encontraban estos mismos trabajadores que portaban valores democráticos e igualitarios y por esto mismo exigían, protestaban, reivindicaban para que se les respetaran sus derechos, según Luciano Pellicani derechos de "plena ciudadanía política y moral". La lucha de los trabajadores por la salud en esta época no incluía la participación del Estado. Más bien, a medida que el capitalismo se fue desarrollando y los trabajadores se fueron organizando en sindicatos, la forma de enfrentarse a la problemática de la salud no pasaba por la instancia estatal. Se crearon las mutuales, que eran una forma de organización cuyo espacio era utilizado para resolver colectivamente sus problemas, entre ellos el relacionado con la salud.

Juan César García plantea dos motivos fundamentales por los cuales la lucha por la salud en el período de 1880-1930 no incluía la participación del Estado. Uno de ellos fué la creación de las mutuales y el otro fué la presencia de los sin

dicatos anarquistas, en donde las negociaciones de tipo reformistas estaban vedadas de su práctica política. (Posteriormente tendremos oportunidad de observar, en este mismo apartado, que en el caso particular de Argentina las modificaciones en la práctica médica estatal se deben principalmente a la acción de los socialistas de la época (médicos y parlamentarios) y que la ausencia de los trabajadores en estas gestiones es absoluta; es más, según el mismo Juan César García los trabajadores criticaban la colaboración de los socialistas por las reformas producidas). Es por esto que el tratamiento que daré aquí a la intervención del Estado en la medicina, no contempla la lucha de las clases subalternas por la salud. La relación del Estado con la PM en este periodo, se basa fundamentalmente en las necesidades de la oligarquía terrateniente y agroexportadora.

Así, en la época del Estado liberal oligárquico la ingerencia de éste en la medicina fué débil y definida por las necesidades de dar continuidad al proceso de valorización a través del ciclo productivo (producción-circulación). Esta ingerencia se dió fundamentalmente a través de la sanidad social (que se ocupaba del control de las epidemias) y en menor medida, a través de la beneficencia pública (que prestaba atención a los "indigentes"), financiando ésta última pero nunca administrándola (la administración quedaba a cargo de religiosas o personas -sobre todo mujeres- que pertenecían a la oligarquía). La sanidad marítima fué el punto nodal sobre el cual el Estado estableció su intervención en la medicina en

América Latina. Sus objetivos, al tomar como actividad fundamental la sanidad de los puertos, era responder a las necesidades del capital nacional en relación al comercio exterior, más claramente, su intervención se dió en función de la vinculación del mercado agro-exportador local que controlaban los terratenientes y la burguesía (la oligarquía) con el capital internacional. Para ilustrar este planteamiento se puede ejemplificar la actividad sanitaria estatal sobre el control y la lucha en contra de las enfermedades que exigían cuarentena una vez que estas enfermedades, al atacar a los trabajadores portuarios, los sacaban de su quehacer, representando esta ausencia de la mano de obra un peligro para la continuidad de las exportaciones al mercado mundial y por lo tanto un riesgo económico para la oligarquía local.

Si por un lado la ausencia de los trabajadores en los puertos incurría en riesgos para el comercio de ambos lados, por el otro la presencia de enfermedades en esos trabajadores también representaba un riesgo de contaminación de los productos que se exportaban. De ahí que un importante país comprador como Estados Unidos presionara para que se limpiaran los puertos. "En el campo de la sanidad, la segunda década del siglo XX representa, para los países de América Latina, una intensificación de las presiones de Estados Unidos por la limpieza de los puertos, interrumpida por la Primera Guerra Mundial".⁽¹²⁾ Las presiones desde el exterior y las presiones desde el interior por parte de la burguesía dieron origen a que el Estado interviniera de forma directa en la PM.

Pero esta intervención fue cambiando en función de la importancia que ocupaba en el desarrollo del capitalismo tal o cual actividad médica para coadyuvar a este desarrollo. Los productos que ocupaban el primer lugar en las exportaciones eran los productos del sector primario, de ahí que, además de la sanidad marítima, a la sanidad terrestre también se le asignaba un papel importante por parte del Estado. Fué por esto que el cuidado de la fuerza de trabajo del agro empezó a ocupar su lugar en la programación de la salud estatal para que la producción en si misma no se viera afectada.

La industria también se desarrollaba -en algunos países más que en otros- y en consecuencia el Estado ya no sólo participaba en la PM para garantizar la realización de las mercancías de la oligarquía agroexportadora, sino que, el cuidado de la fuerza de trabajo del sector secundario también ocupó su espacio en el mundo de la PM estatal. Veamos, por ejemplo, el caso de Argentina: "La relación de la medicina con la productividad industrial se institucionaliza mediante la promulgación del Código del Trabajo en 1904, al que contribuyen médicos socialistas que habían realizado una serie de estudios sobre Higiene Industrial por encargo del Departamento Nacional de Higiene. El Partido Socialista había ganado a principios de siglo una fuerza política importante en la capital, que le permitió elegir su primer diputado e introducir una serie de leyes destinadas a mejorar las condiciones de los trabajadores. Sus dirigentes, con importante influencia positivista, utilizan en salud la conceptualización surgida en Europa en el si-

glo XIX que *hacía pertinente la intervención médica para recuperar y mantener la fuerza de trabajo.* El concepto de 'fatiga', central en este saber, es utilizado para justificar una serie de acciones sanitarias que van desde la lucha contra el alcoholismo que *'minaba las energías del obrero'* hasta el mejoramiento de las condiciones materiales en el trabajo, como es la disminución del ruido y del polvo que *debilitan las energías de los obreros*". (13)

Por lo expuesto deviene, a manera de hipótesis, una afirmación: la ingerencia del Estado Liberal Oligárquico en la PM se dió fundamentalmente en la esfera económica, como una forma de responder a los intereses económicos de la oligarquía y del capital internacional. Ocupó un lugar secundario el papel -hoy día fundamental- de lograr consenso de las clases subalternas. Esto se debe a que, si hacemos la lectura de la PM a la luz de la categoría Estado, observamos que en un Estado que funciona en base a la coerción más que del consenso, en el ejercicio de la medicina no van a estar contemplados, o van a estar contemplados escasamente, los aspectos ideológicos. La PM va a tener mucho menos importancia a nivel político-ideológico y más importancia para mantener y reproducir una fuerza de trabajo acorde a las necesidades del capital.

2.2. Estado Bienestar o Estado Planificador (Populismo)

El hecho de que el capitalismo individualista no tuviera la capacidad de evitar las crisis económicas bajo el librecambismo y que el Estado no hubiera atendido satisfactoria-

mente las necesidades de las clases subalternas, generó una crisis a nivel económico y socio-político. La gran depresión es la culminación de esta crisis del capital, crisis que dura hasta principios de la década de los 40; la explosión no se detiene y culmina en la segunda guerra mundial.

Las respuestas capitalistas a esta crisis tampoco se detienen. El Estado capitalista se transforma a nivel mundial y el *laissez-faire* va quedando como elemento del pasado. Ahora entra en escena el Estado Bienestar o Estado Plan -en América Latina el Estado Populista-. Entre sus antecedentes más remotos están las tesis de una administradora pública norteamericana, me refiero a Mary Parker Follet quien en los veinte "elaboró sus tesis sobre el papel del Estado en la administración de la sociedad, el conflicto constructivo, el liderazgo no autocrático y el control y la planificación del conflicto, su lema fué: 'la finalidad del control no es confrontarse a una situación explosiva sino crear una situación sin explosividad'. En Mary Parker Follet están los fermentos del Estado Plan que surge con la crisis del '29 y que John Maynard Keynes perfecciona en su teoría del Estado".⁽¹⁴⁾ La propuesta de Keynes era que el Estado debía controlar las condiciones de producción y reproducción del capital en cuanto relación social. El Estado del Bienestar debe preocuparse de "las políticas de redistribución del ingreso, el gasto público (educación, vivienda, atención médica, etc., etc.) la necesidad del pleno empleo, la revitalización del 'modelo' de acumulación a partir de la crisis regulada, el papel del Estado como regu-

lador y reproductor directo de las relaciones capitalistas y la redimensionalización del salario como inversión". (15)

En el sector salud se produjeron transformaciones importantes. El paso de la fase del Estado económico-corporativa a la fase ético-política (que lleva en sí el uso equilibrado de la coerción y del consenso) se reflejó en los acontecimientos sanitarios. En líneas generales se puede decir que al objetivo de cuidar de la fuerza de trabajo para la producción se sumó el objetivo del mantenimiento del "orden", del logro del consenso.

Veamos las transformaciones que ocurrieron bajo el Estado Bienestar:

- a) Durante los años treinta y cuarenta en muchos países latinoamericanos la sanidad se reformuló y se crearon los ministerios o secretarías de salud. Esta transformación se expresó en el mayor reconocimiento de la institucionalidad sanitaria y en el incremento del gasto social del Estado.
- b) Se crearon organismos bajo el nombre de seguro, protección o previsión social cuya función más importante era la de coadyuvar a la reproducción de valor. Para esta finalidad se ocupaban de prestar atención a los trabajadores, para que no dejara de valorizar, manteniendo al día la fuerza de trabajo. Si es el Estado ahora el encargado directo del cuidado de la fuerza de trabajo, la consecuencia de esto es la reducción de los costos de la reproducción de esta fuer

za de trabajo para el capital.

Simultáneamente al desarrollo de esta labor surge la compra de las mercancías médicas para los hospitales (equipos y medicinas). Esta necesidad genera la producción de este tipo de mercancías y por lo tanto coadyuva a la realización de la plusvalía generada en los procesos de producción de las mercancías médicas.

Los programas de saneamiento ambiental de las regiones que producían y exportaban productos agrícolas también permite, de manera indirecta, incrementar la productividad social del trabajo.

- c) El desarrollo del capitalismo lleva en sí mismo el incremento de una superpoblación relativa (Ejército de Reserva Industrial: EIR). Y fué para este EIR que la antigua beneficencia social se transformó en asistencia social. Los "indigentes" de antes cambian de status y ahora pasan a ocupar el status de desempleados. La preocupación en atender a estos sujetos se basaba en que había que aplacar o contener las tensiones que generaban.
- d) Finalmente, el hecho de que se transforme la organización sanitaria, hace que se transforme también la concepción de la PM. Anteriormente, en el período del Estado Liberal Oligárquico la PM llevada a cabo en las beneficencias tenía un profundo cuño religioso. Con el Estado Bienestar la medicina avanza en lo que se refiere a la curación de las enfermedades. Nuevos

productos entran al inmenso arsenal de mercancías que es el mundo capitalista. Nacen nuevos antibióticos y nuevas técnicas quirúrgicas "lo cual consolidó la confianza en la atención médica individualizada como fuente privilegiada de enfrentar los problemas de salud-enfermedad". (16)

Pero, la época de la bonanza no dura para siempre. El aumento del gasto social es un peso para el Estado, pero más que esto, la capacidad de organización y lucha de las clases dominadas. A partir de la segunda mitad de la década de los cincuenta la crisis económica del capitalismo se vislumbra nuevamente, después de un corto período de auge económico. La deuda externa de los países latinoamericanos se incrementa, así como se incrementan los niveles de desempleo y la recesión económica. El gasto público para el sector social disminuye.

La respuesta que se da dentro del sector salud es la profundización de la administración hospitalaria. "A través de ella se pretendía racionalizar el uso de los recursos destinados al sector a fin de hacer frente a la restricción presupuestaria y de liberar cierta cantidad de recursos para destinarlos a la inversión productiva. Con este fin se intensifica la formación de recursos humanos en administración hospitalaria a nivel de los distintos países". (17)

Pero, las contradicciones en la sociedad se profundizaban y las luchas de los trabajadores entraban en un período de ascenso. La revolución cubana impactó al imperialismo y al capital a nivel mundial; su triunfo aumentó su preocupa-

ción. La administración hospitalaria y la atención médica altamente especializada, que creció sobretodo a partir del auge económico de la pos-guerra, no fueron la solución al problema de la creciente demanda. De ahí la necesidad de buscar un nuevo camino.

Este camino, que se abordó en la Reunión de Punta del Este en 1961, tuvo como premisa principal el hecho de que los países subdesarrollados impedían el progreso y la modernización del continente, por lo tanto había que aumentar la producción con el fin de incrementar el plusvalor para el Estado del capital. En el decir de la OMS/OPS habría que trabajar para el desarrollo económico de cuyo éxito seguiría el desarrollo social,⁽¹⁸⁾ de lo cual la salud hace parte. Quedó establecido en esta reunión el proyecto que se denominó *Alianza para el Progreso (ALPRO)* cuyas propuestas se encuentran vertidas en la Carta de Punta del Este.

En el fondo, la ALPRO es la alianza que los gobiernos latinoamericanos firmase con el gobierno de EUA para "poner en marcha un proyecto de desarrollismo transnacional"⁽¹⁹⁾ y para impedir que el monstruo llamado "castrismo" tomara cuenta de América Latina.⁽²⁰⁾

Respecto a la salud, se llegó a la conclusión de que el impacto de la PM especializada y llevada a cabo en el hospital no había sido definitivamente positivo para elevar los niveles de salud. Frente a esta realidad y frente a la necesidad de mejorar los niveles de salud para desarrollar y modernizar el mundo de las mercancías fué que se buscó administrar de

forma más eficaz los recursos, una vez que estos eran escasos. Lo más barato que se encontró fué proveer a la comunidad de letrinas, agua potable y alcantarillado. La estación seguía formando parte de la lista de las actividades sanitarias, sólo que ahora con una diferencia: al menor costo posible.

Coincidió con que el agua y el saneamiento básico adecuado, cualitativa y cuantitativamente, son esenciales para contribuir a que ciertos tipos de enfermedades sean controladas, principalmente las infecciosas y parasitarias que abundan en la mayoría de los países de América Latina; pero eso no soluciona el problema de fondo. Cabe señalar lo que dijo el "Che" respecto a esto en su discurso de denuncia en la Reunión de Punta del Este. "Es un poco ... yo no sé, pero casi lo calificaría como una condición colonial; me dá la impresión de que se está pensando en hacer la letrina como cosa fundamental. Eso mejora las condiciones sociales del pobre indio, del pobre negro, del pobre individuo que yace en una condición sub-humana, 'vamos hacerle letrina y entonces, después que su educación le haya permitido mantenerla limpia, entonces podrá gozar de los beneficios de la producción'". (21)

No olvidemos que la salud en la ALPRO (también la educación) eran planteadas "como condición *sine qua non* para iniciar el camino del desarrollo", como lo denunció el propio "Che". Hago incapié en que el desarrollo que debía iniciar en latinoamérica era para servir básicamente a los EUA.

La programación de proyectos sanitarios, entre 1962-1971, tuvieron como norma el Plan Decenal de Salud Pública de

la Carta de Punta del Este. Las dos primeras Reuniones Especiales de Ministros de Salud que se llevaron a cabo en este decenio definían y profundizaban las formas de prestación sanitarias. El denominador común que se tenía siempre presente era: los recursos son escasos y por esto deben ser administrados adecuadamente con el afán de lograr mayor eficacia y eficiencia.

Conociendo los antecedentes históricos que culminaron con la Reunión de Alma-Ata y echando una mirada a lo que he venido tratando sobre la relación Estado-PS planteo, a manera de tésis, que la reunión sobre APS en 1978 fué apenas la culminación de un proceso que se venía gestando y cuyo primer antecedente fué la Reunión de Punta del Este. El fermento de lo que es hoy la SPT 2000 se delinco por primera vez en el tratado que sancionó la existencia de la ALPRO.

2.3. Estado de la Crisis (Milton Friedman vs. John M. Keynes)

La profundización de las contradicciones internas del propio capitalismo, entre ellas la renovada acción obrera que siguió y acompañó a las movilizaciones estudiantiles de los sesentas, llevaron al Estado Bienestar y sus equivalentes en América Latina al recrudecimiento de sus crisis. El propio reformismo del capital, implícito en la solución Keynesiana a la crisis, resultaba incómodo para la reproducción armónica del capital, para el proceso de valorización. Desde los treintas el gasto público y el salario social constituían los ejes centrales de las confrontaciones entre el trabajo y el ca

pital. La vía de contención de la conflictualidad obrera en la producción y en la reproducción era el incremento de los servicios sociales a través del aumento del gasto público. La clase obrera empujaba en esa dirección. El capital no podía mantenerse al margen de este hecho, sus ganancias se reducían y exigía que el gasto público recayera sobre los impuestos pagados por los trabajadores. A medida que se profundizaba el conflicto el déficit del Estado se acrecentaba, se avicinaba el fenómeno conocido como la crisis fiscal del Estado, Keynes estaba en el banquillo de los acusados.

Durante los sesentas y los setentas las respuestas de la clase obrera mundial al capital y al Estado, que trataban de salvar su crisis depositando sus costos en los hombros de los trabajadores, llevaron a sus límites más bajos las ganancias del capital; el capital y el Estado multinacionales volvieron al pasado tensando al máximo su confrontación con el trabajo, con una salida económica de derecho. El capital daba marcha atrás en relación con la pertinencia del pleno empleo y del gasto público como vehículos de cohesión del modelo de acumulación y de contención del avance de la clase obrera. Los "milagros económicos" estaban en crisis. En este contexto surge la contrarreforma capitalista representada por el discurso de Milton Friedman que proponía dejar atrás el reformismo capitalista de John Keynes y volver a tensar fuerzas con el proletariado, al tu por tu. La recuperación de la crisis sólo se concebía desapareciendo los logros que los trabajadores -mas que el altruismo de Keynes- habían arrancado al ca-

pital. Restricción del gasto público, desempleo, baja del salario real de los trabajadores, en suma, desvalorización de la fuerza de trabajo eran los puntales de la política económica de Milton Friedman. El conflicto entre estas dos vías de solución a la crisis confundió a algunos ideólogos del proletariado que veían la solución en el regreso a John M. Keynes, al reformismo del capital, en lugar de profundizar el conflicto, en la lucha de los trabajadores, la búsqueda de una solución "proletaria" a la crisis.

El Estado de la crisis da marcha atrás en el gasto público y por lo tanto en la prestación de servicios sociales para la mejor reproducción de la fuerza de trabajo. Esta situación conlleva un reacomodo del Estado en su relación con la PM.

Es bajo esta conjuntura que se realiza la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (1972-Santiago de Chile). El documento que plasma los acuerdos de dicha reunión es el *Plan Decenal de Salud de las Américas*. En él los principales problemas del área sanitaria son así definidos:

Primero: en América Latina y Caribe la cobertura de los servicios de salud es de 67%, es decir, un 33% de la población no recibe ningún tipo de atención. Los Ministros de Salud van más allá, ellos dicen que "los pobres, los grupos remotos o aislados y las poblaciones indígenas son los que más sufren con la insuficiencia de la cobertura".

Segundo: se reconoce la multiplicidad y descordina-

ción de los servicios responsables de la atención en salud. En el Plan Decenal esta situación está verbalizada de la siguiente forma: "En casi todos los países de las Américas se encuentran numerosos organismos que compiten entre sí en la prestación de los servicios de salud, con lo que se da lugar al derroche de recursos, cobertura desigual de grupos de población y encarecimiento innecesario de los servicios".

· Tercero: la atención médica tiene un costo muy alto.

· Cuarto: la falta de recursos humanos es candente.

La solución a esta problemática se encuentra en:

Primero: extender la cobertura principalmente en la zona rural y peri-urbana con el menor costo posible.

Segundo: crear sistemas de salud para racionalizar y coordinar todas las instituciones encargadas de prestar cuidados en salud.

Tercero: para resolver el problema del costo de la atención médica que es muy alto se propone limitar la construcción de nuevas camas a lo mínimo indispensable, así como de los hospitales especializados. Esto se podrá lograr si conjuntamente se intensifican los programas de nutrición y prevención y mejoran el sistema de consulta ambulatorial y externa. Otra solución propuesta en el Plan Decenal es que los costos se reduzcan todavía más con la contribución de la comunidad para el sector. La contribución comprende desde la construcción de obras y donación de fondos hasta la ejecución de tareas en los programas sanitarios.

Cuarto: para resolver el problema de la escasez de los recursos humanos no hay mejor propuesta de echar mano del "rico potencial" de hombres y mujeres que habitan este continente y que están ansiosos: "a espera de una oportunidad para contribuir al bien común".

Coincido con muchas de las propuestas técnicas expuestas aquí. Por ejemplo, sin la zona rural es la más olvidada por los responsables sanitarios y el mayor número de enfermos y muertos proviene de ella, es congruente la propuesta de extender la cobertura hacia esa zona. Si la gran mayoría de las enfermedades más frecuentes son susceptibles de ser tratadas en consultas ambulatoriales, también es congruente reducir las camas y los "palacios de enfermedades para los doctores" como lo diría David Morley. Si los servicios de salud funcionan de modo descoordinado, la propuesta de organización sanitaria es correcta. Podríamos seguir con este listado de aspectos técnicos a rescatar respecto a las propuestas de los Ministros de Salud de la reunión en Chile. Sin embargo, no podemos salirnos por la tangente. Hay que perseguir el problema de fondo. Estamos hablando del Estado de la crisis, y nos preguntamos: ¿cómo es posible que el Estado de la crisis propone ampliar la cobertura sanitaria? ¿Hay contradicción entre crisis y extensión de cobertura? Yo pienso que no, pero veamos porque.

La estrategia de extender la cobertura arrastra consigo la medicina simplificada, prestada por personas de la comunidad, que mínimamente sepan leer y escribir, o entonces por

personal sanitario de nivel intermedio (trabajadores auxiliares). Para los médicos no hay lugar, más bien no hay médicos para ocupar lugar en la medicina simplificada. Las enfermeras se ocupan de la supervisión. Así parecería que con la APS se rescatan las formas alternativas de cuidado médico que se encontraban al margen del modelo médico hegemónico. Sin embargo esto no es cierto, una vez que a los trabajadores sanitarios de la comunidad se les incorpora a la forma tradicional de ejercicio de la medicina. Utilizar personas de la comunidad para las tareas de la EC no significa cuestionar el modelo flexneriano, sino que se institucionaliza y se normatiza la atención llevada a cabo por esas personas, en el marco de los patrones dictados por el modelo médico hegemónico y por el que hacer en la APS hegemónico por los servicios sanitarios estatales.

Servir a la población con la medicina simplificada se revierte en beneficio, tanto para el Estado de la crisis como para la crisis del capital. Plantear la situación al revés es desenmascarar el proyecto de EC que se inició con la ALPRO. Es decir, en el fondo de las propuestas está la crisis y el Estado de la crisis que vislumbra efectos negativos para su mantenimiento. También está el hecho de que el capital necesita revitalizarse y que la EC se plantea como la salida para mejorar los niveles de salud.

El fundamento de esos planteamientos se encuentra en la relación de la PM con la relación producción-sociedad-Estado. En el caso de la relación PM-producción, nos encontra-

mos con que revitalizar el capital pasa necesariamente por el cuidado al sujeto que se encarga, históricamente, de dicha tarea: el proletariado. Henry Ford siempre tuvo presente esta función de la medicina como coadyuvante de la reproducción del capital. El decía: "El cuerpo médico es la sección de mi fábrica que me da más lucro".

La realización de plusvalor se incrementa cuanto más se medicaliza la sociedad; realización de plusvalor que se hace a través de la venta de medicinas, equipos, instrumental médico, etc., etc. Y la EC no deja de ser la extensión de la medicalización de la sociedad.

Respecto a la relación de la PM con la sociedad nos encontramos con una situación que se nos podría parecer contradictoria. Y es que me pregunto: ¿Qué ocurre con el modelo médico hegemónico, al ser planteada la APS como la solución y la clave para una salud mejor? Pues no le pasa nada, el modelo flexneriano continua vigente e intocable; no es cuestionado y mucho menos hay propuestas de cambio en este sentido. Es necesario dechar planteado a la luz de esta engañosa contradicción -APS-modelo médico hegemónico-, que a la división clasista de la sociedad le corresponde una división clasista en la medicina. Y es que el modelo flexneriano continua vigente pero va dirigido a la burguesía, pequeña burguesía, clase media, en fin a los que pueden solventar sus costos. Claro que el proletariado no va a poder sostener este modelo, ni mucho menos la población que pertenece al EIR. A estos les toca la medicina simplificada, y al menor costo posible para el Estado.

Hablemos un poco de las ganancias del Estado con la APS. El lugar común aquí sería decir: al Estado le interesa la APS porque es una forma más de obtener el consenso de la so ciudad civil que tanto necesita para mantener la hegemonía de la clase que representa. Esta afirmación es correcta, sin em bargo necesita ser profundizada para traspasar los umbrales del lugar común, o de las afirmaciones sin base de sustentación. Decíamos que lo que es hoy la SPT 2000 tuvo sus gérmenes desde la ALPRO, momento en que el peligro de las crisis de hegemonía se avizoraban, sobretodo si tomamos en cuenta el impacto de la revolución cubana para los movimientos de izquierda en América Latina. El "Che", en Punta del Este, resumía lo que habían planteado la casi totalidad de los representantes de Estado a este respecto diciendo que la ALPRO era la úni ca solución y la última esperanza para detener a los movimientos de izquierda. Un fracaso de la Alianza y la reacción se vería con fuertes problemas para "detener la ola de movimientos populares".

Pero, la fundamentación para contemplar la búsqueda de consenso a través de la medicina está más rica todavía como lo atestigua la siguiente cita: "La Alianza para el Progreso pudiera muy bien proporcionar el estímulo para llevar a cabo programas más intensos de reforma, pero a menos que éstos se inicien rápidamente y comiencen pronto a mostrar resultados po sitivos, es probable que no sean un contrapeso suficiente a la creciente presión de la extrema izquierda. Los años que ten emos por delante serán testigos casi seguramente de una carrera

entre aquellas fuerzas que están intentando iniciar programas evolutivos de reformas y las que están tratando de generar apoyo de las masas para la revolución fundamental económica y social. Si los moderados se quedan atrás en esa carrera pudieran, con el tiempo, verse privados de su apoyo de masas y atrapados en una posición insostenible entre los extremos de la derecha y la izquierda".⁽²²⁾ La cita es larga pero no quise reducirla porque me parece muy importante para ilustrar la relación PM y Estado, y en segundo lugar por la importancia de la fuente. "Che" Guevara tomó esta cita de informes que contenían instrucciones secretas emitidas por el Departamento de Estado Norteamericano.

Habiendo hecho este recorrido es el momento de preguntarse hasta donde comienza la intervención de la sociedad civil en relación con la PM. Podríamos establecer que la intervención de la sociedad política se reduce al modelo de la APS atravesada por las necesidades, las presiones y la participación de la sociedad civil y determinadas a momentos por las necesidades económicas del aparato productivo, por lo cual es difícil determinar las fronteras de una intervención, que abarca y se mueve a lo largo de todos los momentos de la relación producción-sociedad-Estado (proceso de producción-sociedad civil-sociedad política y Estado). Por otro lado, parecería que el modelo flexneriano prevalece en la atención de ciertos sectores sociales, donde la sociedad civil posee una cierta autonomía sobre el funcionamiento de las instituciones privadas que realizan estos servicios. A pesar de todo, es

difícil delimitar con precisión las fronteras entre la sociedad civil y la sociedad política, dado que están determinadas por las características particulares de cada FES y por el combate que se libra entre la medicina privada y la medicina estatal, detrás del cual están las confrontaciones entre sujetos sociales, que le dan a la relación producción-sociedad-Estado la flexibilidad y movimiento de las cuales carecen en su momento teórico-conceptual.

N O T A S

- (1) Antonio Gramsci, *Notas sobre Maquiavelo, sobre Política y sobre el Estado Moderno*, Juan Pablos Editor, México, 1975, pp. 107-108.
- (2) Verónica Gerratana, "Antonio Gramsci, Quaderni del Caric", 4 tomos, Einaudi Editore, 1975; citado por Carlos Maya, "Concepto del Estado en Gramsci", en *Cuadernos Políticos*, Núm. 33, Editorial Era, México, julio-septiembre, 1982, pág. 8.
- (3) Antonio Gramsci, *op. cit.*, pág. 287.
- (4) *Ibidem*, pág. 287.
- (5) *Ibidem*, pág. 299.
- (6) José Othón Quiroz Trejo, *Trabajo, Proceso de Trabajo y Composición de Clase en la Industria Automotriz Terminal: el Caso de México, 1969-1980*, Edición Mecanográfica, Tesis UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, México, 1982, pág. 153.
- (7) Carlos Maya, *op. cit.*, pág. 9.
- (8) Sobre el concepto de PS favor remitirse al primer capítulo de este trabajo.
- (9) Carlos Marx, *Introducción general a la crítica de la economía política (1857)*, Ediciones Pasado y Presente, México, 1978, pág. 48.

- (10) Esto no quiere decir que en América Latina haya una coincidencia cronológica en su génesis y desarrollo con los ritmos del Estado Liberal en los países de capitalismo más avanzado; la cual no implica que entre las metrópolis y los países "periféricos" no existe una interrelación en sus particulares formas y ritmos de desarrollo. El nuevo mundo nació atado a Europa y en tanto va desarrollándose el capitalismo en los países "centrales" los hilos invisibles de la división internacional del trabajo sincronizan cada vez más la aparición de fenómenos similares tanto en la organización de la producción inmediata como en la constitución de la forma Estado con sus particulares especificidades. De esta forma entendemos la relación entre Estado Liberal y Estado Liberal Oligárquico.
- (11) Juan César García, "La Medicina Estatal en América Latina (1930-1936)", en *Revista latinoamericana de Salud*, Núm. 1, Editorial Nueva Imagen, México, 1981, pág. 77.
- (12) *Ibidem*, pág. 83.
- (13) *Ibidem*, Núm. 2, 1982, pág. 105.
- (14) Si bien el genio económico de John M. Keynes es el que ha sido resaltado por sus seguidores y críticos; la teoría política que subyace y que potencia sus acciones como economista, no es menos importante. José Othón Quiroz Trejo, *op. cit.*, pp. 165-166.
- (15) *Ibidem*, pág. 166.
- (16) Clara Passler, "Transformación Social y Planificación en

Salud en América Latina", en *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, Núm. 13, San José, Costa Rica, may-ago, 1979, pág. 142.

(17) *Ibidem*, pág. 146.

(18) Este tema está trabajado ampliamente en el primer capítulo del presente trabajo.

(19) Clara Fassler, *op. cit.*, pág. 147.

(20) Así como Keynes advertía al capital mundial del peligro de la extensión de la Revolución Rusa en la década de los veinte, la ALPRO era una respuesta a esa nueva "amenaza roja" de los sesentas.

(21) Ernesto "Che" Guevara, "Denuncia de la alianza para el progreso", en AA.VV., *La Economía Socialista: Debate*, Editorial Nova Terra, Barcelona, España, 1968, pág. 320.

(22) *Ibidem*, pág. 337.

CAPITULO III: HACIA UNA CARACTERIZACION DE LA FORMACION ECONÓMICO-SOCIAL EN NICARAGUA EN LOS DOS MOMENTOS DEL ESTUDIO.

Introducción

En este capítulo trataré de establecer claramente el carácter de la revolución sandinista. Esta caracterización es necesaria para delimitar las metas de la Revolución Popular Sandinista (RPS) y sus logros, particularmente en lo que se refiere a la APS. Sin una definición de lo que la RPS significa como revolución y la fase que vive como proceso, se puede caer en exagerar o minimizar los alcances de la misma. Un primer paso para analizar los avances de la RPS en comparación con lo que se había alcanzado con el somocismo en relación a la APS, es caracterizar la RPS, el Estado que ella generó y el momento que vive para que, con estos elementos, coloquemos en sus justos términos, sus logros en el siguiente capítulo y en las conclusiones generales. Lo anteriormente señalado sólo se puede lograr mediante la necesaria definición de la formación económico-social (FES) en sus dos momentos más recientes: la dictadura somocista y la revolución en el poder. Para caracterizar la FES partiremos de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción, así como su patrón de acumulación y las relaciones con el imperialismo en la Nicaragua somocista y post somocista. De una lectura de la composición del trabajo definiremos la estructura de clases y finalmente estableceremos las relaciones entre la sociedad civil y

la sociedad política para diferenciar el carácter del Estado.

Después de haber estudiado la FES en los dos momentos que nos interesan de la historia de Nicaragua, el siguiente paso consiste en la discusión del concepto de transición que, junto con los elementos de la definición de la FES nos permitirán establecer el carácter de la revolución y el momento que actualmente vive.

Todas las conclusiones de este capítulo guiarán nuestro análisis comparativo del capítulo IV y dejarán espacios para discutir en las conclusiones generales, ya que en el capítulo IV sólo se establece una comparación a nivel de las diferencias en la implementación de la APS. En el capítulo cuatro consideramos de antemano, y dado el grado de avance de nuestros estudios, que los cambios han sido evidentes entre el somocismo y el período que lleva la revolución en el poder, sin embargo quedan algunas cuestiones por resolver sobre el papel de la PM y la APS, puesto que, si bien hay cambios en el orden cuantitativo, cualitativamente la estructura, el funcionamiento y los contenidos de las PM solo se han modificado parcialmente.

1. La Formación económico-Social en el Somocismo

1.1. La producción

La Nicaragua del período somocista se caracterizaba por basar su economía en la agricultura. Su definición se expresa en un "modelo" de acumulación capitalista basado en la agro-exportación. Este modelo sembró sus semillas allá por la segunda mitad del siglo pasado con la producción del café,

pero fué su comercialización en la década de los 80's del mismo siglo, la que le dió al país su carácter de agro-exportador.

Esta economía exportadora en base al café entró en decadencia en este siglo, cuando la crisis de finales de los años 20's, hizo bajar drásticamente el precio del producto ocasionando una reducción de su comercialización. El café nunca dejó de ser producido y exportado pero el oro pasó a ocupar el espacio más importante en la exportación. Es importante señalar el hecho de que el oro, en Nicaragua, era explotado por compañías extranjeras. Al auge del oro le siguió el auge del algodón. Fué en el período de la pos-guerra cuando el algodón empezó a ocupar el primer lugar en las filas de los productos que se comercializaban con el exterior.⁽¹⁾ El café y el oro continuaban en el grupo de los productos de exportación, el azúcar también, pero en proporciones menores.*

Los productos principales de exportación siguieron siendo los mismos, modificando únicamente sus cantidades de exportación en función de las crisis cíclicas del capitalismo. Si por un lado los principales productos de exportación eran el algodón, el café, el azúcar y el oro, para el consumo interno se cultivaban el maíz, el frijol, el arroz y el sorgo.

Un dato que refleja claramente el carácter del modelo de acumulación basado en la agricultura es la participación del sector primario en el producto interno bruto (PIB) (los bienes y servicios producidos por la nación anualmente) que

* Ver anexo 1

fué de 25% en el año de 1977, (2)

La producción del algodón a gran escala en la zona del pacífico, León, Chinandega y Managua principalmente, fué lo que permitió el surgimiento del sector industrial en Nicaragua. Sin embargo, no fué sino hasta la década de los años sesentas del presente siglo que la industria obtuvo un cierto desarrollo, todavía endeble pero más importante que en la década anterior. Aquí es necesario señalar los proyectos de desarrollo que permitieron que Nicaragua se preocupara en desarrollar su escasa planta industrial. Estos proyectos fueron la creación del Mercado Común Centroamericano (Mercomun) y la ALPRO. Ambos proyectos nacieron bajo el señorío de Estados Unidos, cuya preocupación central era disminuir el impacto del triunfo de la revolución cubana en América Latina, y en el caso concreto de Nicaragua, intervenir sobre el movimiento de oposición que empezaba a llevar a cabo el naciente Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN).

Ni el Mercomun ni la ALPRO llegaron a alcanzar los objetivos que se propusieron. Respecto a la revolución cubana -a pesar de la inconformidad de Somoza y de algunos antisomocistas- cabe mencionar que lejos de disminuir el impacto político de la misma, el FSLN seguía una línea francamente castrotrista. (3)

Ante los ojos de los analistas norteamericanos la concentración latifundista era un peligro para la estabilidad política de Nicaragua. El Mercomun y el desarrollo industrial aparecían como políticas económicas modernizadoras, crea

donas de empleo y como una forma de atacar al problema del latifundismo. Pasaron los años y no se resolvió la cuestión de la concentración latifundista y el sector industrial jamás logró sobrepasar al sector agro-exportador. El único logro fue el desarrollo y la consolidación de una burguesía industrial y comercial que ya se había gestado con la expansión algodonera.

Junto con la ALPRO se llevaron a cabo dos grandes reformas. Una de ellas fue la llegada al poder de un civil, se llamaba René Schick. Duró poco en el poder, sobretodo si consideramos que las largas estancias en el poder eran la tradición de dominio en Nicaragua; René Schick se murió en 1966, antes de que terminara su período de presidente. La otra reforma fue la implantación de la ley de Reforma Agraria en 1963. Ninguna de las dos reformas "reformó" mucho que digamos. La Reforma Agraria no produjo ningún cambio significativo en la estructura agraria y el civil en el poder tenía detrás al general Somoza Debayle comandando el ejército y el partido hegemónico; o sea que, por así decirlo, todo seguía "en familia".

Después de este paréntesis para explicar las causas del escaso desarrollo industrial de Nicaragua regresemos al análisis de los datos. La agro-industria era la base del sector secundario desde el somocismo. En ella ocupan los lugares más importantes la fabricación de productos alimenticios (principalmente la matanza de ganado vacuno, la fabricación y refinación del azúcar y la fabricación de productos lácteos), de sustancias y productos químicos, la refinación del petróleo y la industria de bebidas.* Los principales productos de ex-

* Ver anexo 2

portación agro-industrial eran el azúcar, los productos químicos, la carne de ganado vacuno, los camarones y las langostas.*

La contribución del sector secundario al PIB era más bajo que del primario. En 1977 el sector secundario contribuyó con 23%.⁽²⁾ Es necesario tomar en cuenta el hecho de que muchas industrias ubicadas en este sector eran agro-industrias (industrias de bebidas, alimentos, tabaco y cuero, cuya materia prima provenía del sector agropecuario).

La contribución más importante al PIB provenía del terciario. De este sector, el comercio era el que más aportaciones hacía.**⁽³⁾

La importancia económica del sector agropecuario se refleja en la fuerza de trabajo que ella ocupa (Cuadro II-1). Cabe señalar que el trabajo en el agro tiene su principal actividad en la producción algodonera. Esto se traduce en el 85%*** de la población económicamente activa (PEA) que se ocupa del cultivo del algodón. El segundo lugar en ocupación de la PEA lo ocupa el sector terciario, ubicado principalmente en los servicios y actividades financieras. El sector secundario es el menos representativo. Estos datos son importantes para definir la composición de clase de un país como Nicaragua, labor que desarrollaré en el tercer apartado de este capítulo.

* Ver anexo 3

** Ver anexo 4

*** Ver anexo 5

CUADRO III.2. Estimación de la situación de empleo en miles de personas y porcentajes.
Nicaragua, 1974-1979^{a)}

Población Económicamente Activa (PEA)	1974	%	1979	%
Agropecuario	299.9	48.6	319.4	43.1
Minas	3.7	0.6	4.7	0.6
Sub-total primario	303.6	49.2	324.1	43.7
Industria	75.2	12.2	89.5	12.1
Electricidad	3.7	0.6	6.2	0.8
Construcción	23.2	3.8	30.4	4.1
Sub-total secundario	102.1	16.6	126.1	17.0
Comercio	55.5	8.9	67.8	9.1
Transporte	20.2	3.3	27.2	3.7
Servicios y actividades financieras	136.2	22.0	196.3	26.5
Sub-total terciario	211.9	34.2	291.3	39.3
Total PEA ocupada	617.6	100	741.5	100
PEA Total	637.4	- -	772.4	- -
PEA desocupada	39.8	6.1	30.9	4.0

Cuadro elaborado en base a: Dirección de Planificación en base a información estadística de la Oficina de Encuestas y Censos, *Plan Nacional de Reconstrucción y Desarrollo 1975-1979*, Nicaragua, 1978, pág. 42.

a) "La PEA total y la PEA ocupada (demanda de fuerza de trabajo), se proyectaron tomando a 1974 como año base. La PEA total se proyectó mediante una tasa de crecimiento anual de 3.3%. Para la proyección de la PEA ocupada se utilizaron los coeficientes sectoriales de elasticidad empleo-producto observados durante el período de 1963-74, ajustados de acuerdo con los resultados de las encuestas de empleo de 1973 y 1974, efectuadas por la oficina de censos. Para el cálculo de la demanda de fuerza de trabajo se usaron las tasas de crecimiento de los productos sectoriales previstas en el plan para el lapso 1974-79 (6.1% para la economía en su conjunto)".

Como podemos observar, las fuerzas productivas en Nicaragua se concentran y giran alrededor de un proceso de producción eminentemente agropecuario. La tierra será el principal medio de producción junto con los primigenios procesos de transformación concentrados en las agro-industrias. La propiedad privada latifundista de la tierra y la propiedad privada de los medios de producción en las fábricas eran las relaciones sociales de producción que prevalecían en la Nicaragua Somocista; Con la característica particular de que aproximadamente el 50% de la tierra y entre 30 a 50% de la producción en las fábricas⁽⁴⁾ eran propiedad de la familia Somoza, que hacía que la economía nicaraguense girara sobre un proceso de acumulación capitalista basado en la agroexportación en poder de una oligarquía.

1.1.1. Patrón de acumulación y relaciones con el capitalismo del centro

Las relaciones comerciales de Nicaragua con los EUA se consolidaron a partir de la imposición de la dictadura militar somocista en 1927, relaciones cuyas bases fueron sentadas en 1909, cuando la burguesía liberal es desplazada del poder. Este desplazamiento se da por la intervención directa de los EUA que envían tropas y barcos para "imponer un gobierno representante de las tradiciones conservadoras más recalcitrantes, sumamente impopular e incapaz de sostener en el poder como no fuese con el apoyo eficaz de la intervención norteamericana"⁽⁵⁾ para garantizar que sus intereses fuesen plenamente respetados.⁽⁶⁾ Nicaragua se ve cada vez más forzada a dar res-

puestas a lo que EUA le demandaba. En 1938 el mercado norteamericano absorvía el 67% de los productos de exportación nicaraguense y fue tal la fuerza con que el imperialismo se metió en el comercio que en 1944 la exportación de Nicaragua para EUA subió a 91%.⁽⁷⁾ El comandante Weelock explica este comportamiento debido a que la dictadura somocista de aquella época daba la apertura necesaria para "garantizar la fluidez de los lazos de dependencia" con EUA. Por otro lado, los clientes europeos fueron desplazados por EUA por las perturbaciones que produjo la guerra en el mercado europeo. Es importante señalar que en 1938 el 25% de las exportaciones se destinaban a Europa y el 15% para Alemania. En 1944 entre Europa y Centroamérica apenas suman el 1% de las transacciones comerciales con Nicaragua, el resto de los países de América Latina importa el 6% y como ya vimos anteriormente EUA sube vertiginosamente sus compras para un 91%.

Como se explicó al inicio de este capítulo, el proceso de acumulación nicaraguense se basaba, fundamentalmente, en la exportación de productos agrícolas, más específicamente en el monocultivo cafetalero. En 1944 se agudizó la intervención de EUA en la definición del tipo de patrón de acumulación en función del "plan de desarrollo" que ese país le impuso a Nicaragua. La Agencia Interamericana de Desarrollo tomó algunas medidas para llevar a cabo ese plan. Una de ellas era el condicionamiento del crédito sólo para la producción y exportación de productos agrícolas como materias primas para la industria de guerra (metales, caucho, madera). Con esto se incentivaba el sector primario de la producción, en detrimento del

crecimiento del sector industrial que además de no ser sujeto de crédito, estaba estancado debido a las compras de productos manufacturados de EUA, (8)

Avancemos un poco más en esto. Si hoy Nicaragua produce básicamente el algodón es por estímulos que recibió desde sus compradores hegemónicos, es decir, de EUA. De 1950 a 1955 las plantaciones de cereales de la región del pacífico fueron reemplazadas por las grandes plantaciones de algodón.

En resumen, observando los datos presentados, se puede decir que la acumulación de capital bajo el régimen somocista, estuvo condicionada por los alti-bajos del mercado mundial y la dependencia de EUA.

Finalmente, es interesante observar que las relaciones económicas de Nicaragua con el imperialismo yankee no se dieron a través de inversiones directas, sino a través de la comercialización de los productos que se producían en el país para la exportación.

1.2. Estructura de las clases sociales

Este modelo económico basado en la concentración de la tierra en latifundios (9) y en un escaso sector industrial en manos de unos cuantos propietarios privados generó, en Nicaragua, una determinada estructura de clases.

1.2.1. Las clases sociales en el campo

Los grandes grupos sociales o más bien, la división de las clases sociales en el campo se presenta de la siguiente

manera: obreros agrícolas, campesinos, burgueses y terratenientes.

CUADRO II. 2. Estructura de clases de los trabajadores del campo por región. Nicaragua, 1981.

REGION	Campesinos					Asalaridados					
	Ricos	%	Medios	%	Pobres	Permanente		Temporales		%	
I		4.		27.8		37.8		11.8		18.6	100
II		5.2		30.2		39.4		8.2		17.	100
III		2.2.		27.1		46.2		11.9		12.2	100
IV		3.5		28.0		42.2		10.1		16.2	100
V		8.2		33.4		48.9		3.1		6.4	100
VI		9.6		33.9		42.7		7.4		6.4	100
VII		5.8		35.8		45.1		6.9		6.4	100
VIII		8.6		46.4		41.9		1.7		1.4	100
TOTAL		6.6		33.5		43.1		7.2		9.6	100

Fuente: UNAG, ATC, CIERA, *Producción y Organización en el Agro Nicaraguense*, CIERA, Nicaragua, 1982, pág. 41.

* "El Gráfico (sic) no representa la PEA total, porque no incluye la burguesía agraria ni los terratenientes, que suman aproximadamente un 9% de la PEA. Asimismo, el gráfico (sic) sub-representa ligeramente el peso real del proletariado agrícola, debido a que la inserción de los brigadistas en las estructuras del agro se dió sobre todo entre los campesinos medios y ricos".

Nota: la fuente consultada no trae los números absolutos.

Los obreros agrícolas están divididos en temporales y permanentes, y como se puede observar en el cuadro II.2. los primeros representan un 9.6% y los segundos un 7.2% del total de la población agraria.

Se considera permanentes a los que trabajan más de nueve meses el año en la misma unidad de producción. Son temporales aquellos que no trabajan todo el año, pero que poseen menos de media manzana de tierra. También son considerados temporales los que van migrando y que van vendiendo su fuerza de trabajo de cultivo en cultivo, de un lugar a otro, del café al algodón, al azúcar, a los granos básicos, etc. Y, finalmente, los que se quedan desempleados una parte del año que se ganan la vida en actividades no productivas (vendedores ambulantes).⁽¹⁰⁾ La gran mayoría de los obreros agrícolas tienen bloqueado el acceso a la tierra y son obligados a vender su fuerza de trabajo a los patronos del capital agrícola, en función de las necesidades de sus plantaciones; por ejemplo en el algodón y en la caña de azúcar, principalmente, que demandan gran cantidad de fuerza de trabajo pero solo en determinadas épocas del año. A este fenómeno se le denomina "proletarización estacional". Este campesino proletarizado sobrevive de la solidaridad de sus familiares y tiene que reducir drásticamente su alimentación y la de su familia al mínimo en los períodos en que no hay cosecha o corte.

Los campesinos están clasificados en: pauperizados, medios y acomodados. Los primeros -hoy los principales beneficiados de la Reforma Agraria Sandinista- son numéricamente

más representativos al interior del campesinado (43.1%). Se caracterizan por trabajar en la cría de ganado en tierra propia, alquilada o prestada, y por trabajar en determinados períodos del año como asalariados. En el caso de que posean tierras, estas son pequeñas extensiones -de 1 a 10 manzanas- las cuales no alcanzan ni siquiera para su subsistencia. Por lo general son obligados a vender su fuerza de trabajo en los períodos de corte estacional. La venta de sus productos es baja y cuando vende es para comprar bienes para la casa. La tendencia de esos campesinos es de desaparecer una vez que van perdiendo sus tierras (por las malas cosechas, por las acciones de los intermediarios, el agiotista, etc.) los grandes capitalistas les van expropiando las tierras (por tener que hipotecarlas a ellos o por tener que saldar sus deudas con los bancos) y finalmente se convierten en asalariados agrícolas. El exceso de trabajo es la marca de este campesino así como de su familia. Trabajan durante todo el día, de sol a sol, día tras día. La alimentación es mínima, solo lo indispensable para su reproducción.

Los campesinos medios representan el 33% del campesinado se caracterizan por mantener en cierto equilibrio entre la venta ocasional de su fuerza de trabajo y la compra también ocasional. Siembran los productos para su subsistencia y en la época del corte estacional venden su fuerza de trabajo, para complementar sus necesarios ingresos para la sobrevivencia.

Los campesinos acomodados representan el 6.6% del campesinado. Son los que compran fuerza de trabajo, no la ne

cesitan vender por que tienen suficientes cultivos, tienen posibilidades financieras para comprar los insumos para la producción. Sus unidades productivas se llaman fincas, con una extensión de 15 a 70 manzanas. Esta extensión de tierra les permite la auto-suficiencia, trabajando toda la familia, y así no necesitan ir al mercado de la venta de la fuerza de trabajo. En períodos de corte incluso contratan trabajadores. Su relación con el mercado es a través de la venta de los productos.

Los burgueses son los dueños de los medios de producción, son los compradores de la fuerza de trabajo asalariado. Su empresa agrícola capitalista destinada a producir para la exportación desplazó a la antigua hacienda tradicional criadora de ganado. Como utilizan tecnología avanzada y necesitan una alta composición orgánica de capital tienen la tendencia a organizarse como cooperativas o sociedades anónimas. Estas empresas muchas veces rebasan la simple empresa agrícola para transformarse en empresas capitalistas agro-industriales. Es el caso por ejemplo de los grandes ingenios azucareros, en donde se siembra la caña, se procesa, se producen y vende el azúcar y el licor. Es decir, se encargan de la producción, de la industrialización y de la venta del producto industrializado.

Los terratenientes son los dueños de las tierras más extensas. Sus ingresos y su relación con el mercado se dá a través del alquiler de sus tierras.

1.2.2. *Las clases sociales en la ciudad*

Para analizar las clases sociales en la ciudad, tomé como universo la ciudad de Managua en vista de que no hay datos para la totalidad del territorio urbano del país. Pienso que analizar la estructura de clases en la ciudad a partir de los datos de la capital del país es válido una vez que fué la ciudad que más contribuyó al PIB tanto en el año de 1977 - - (36.1%) como en 1986 (36.5%)⁽¹¹⁾ y por que en Managua, de acuerdo a cifras del Anuario Estadístico, en el año de 1979 concentró el 44.8% del total de la población urbana.

Sin embargo, hay que reconocer que la inexistencia de datos generales y el enfoque analítico de los estudios que sobre estructura de clases se han hecho en Nicaragua, que dividen el territorio objeto de la investigación en campo y ciudad, limitan los nuevos trabajos que intentan analizar y sintetizar la investigación de las clases sociales en este país, desde la perspectiva del sujeto social como una totalidad.

El cuadro II-3 nos muestra, entre otras cosas, el peso del proletariado en la ciudad, en particular del incipiente proletariado industrial (de la "producción material" según el cuadro). A pesar de que su presencia es más importante que en el campo, su número apenas y rebasa a los trabajadores del terciario (17.5%), que son ubicados dentro de la amplia definición proletaria que utiliza el MIPMAN. En porcentajes, el proletariado en el sentido estricto del término representa un 11.8% de la PEA y un 18.6% incorporándole los trabajadores de oficio, de matriz artesanal. El proletariado en

CUADRO II. 3: Estructura de Clase de Managua, 1980

Clase Social	Producción Material	Gobierno Central	Comercio y Servicios	TOTAL	
	(o/o)	(o/o)	(o/o)	Mil	(o/o)
Burguesía	0.1	—	0.3	1.0	0.3
Pequeña Burguesía Propietaria	1.2	—	7.0	21.4	8.2
Pequeña Burguesía Asalariada	3.9	9.1	6.0	51.5	19.0
Proletariado	11.8	4.3	13.2	87.5	29.4
Artesanos y Cuenta propia	6.9	—	6.8	40.7	13.7
Desempleados, Subempleados, Domésticas (1).	—	—	29.4	87.3	29.4
	o/o	23.9	13.4	62.7	100.0
TOTAL	Mil	71.0	39.9	186.5	297.4

Clases del Estudio

FUENTE: MIPLAN a base de la PEA por sectores, encuesta industrial de 1976, Censo 1971, y perfil de empleo urbano de Encuesta de Hogares, 1980; citado en CIERA, *Distribución y consumo popular de Alimentos en Managua*, 1983, pág. 23.

(1) Incluye unas 20 mil domésticas, unos 40 mil desempleados. El resto se mueve en el medio mundo de subempleo y comercio informal.

Nota: corregir errores aritméticos en el porcentaje total de burguesía a 0.4% y proletariado a 29.3%.

el sentido estricto de la palabra, esto es, el obrero industrial, representa 11.8% del PEA ciudadano y un 18.7% si le sumamos los contingentes de trabajadores de oficio de matriz artesanal. De esta manera, del 29.3% que presenta el cuadro elaborado en base a un concepto amplio y flexible de proletariado, por parte de MIPLAN, solo un 11,8% corresponde al proletariado en el sentido estricto del término y el 17.5% a trabajadores que no está muy claramente definido su status. Podrían ser asalariados del terciario, dado que resulta difícil suponer que en el gobierno federal (4.3%) y en el comercio y los servicios (13.2%) encontremos proletariado en estricto sentido del término, es decir obreros industriales. De cualquier manera junto con la pequeña burguesía asalariada el proletariado comparte los dos niveles más importantes en términos cualitativos. Esa fuerza numérica se tradujo en la presencia que el proletariado tuvo en la revolución, principalmente ahí donde era mayoritario, en las ciudades.

Otro dato interesante es el pequeño porcentaje de burgueses urbanos (0.4%) lo cual indica el alto grado de concentración de la riqueza y de la propiedad en unas cuantas manos. La falta de datos y de análisis recientes nos impiden establecer un análisis comparativo de la estructura de clases en las ciudades y el peso de los trabajadores del sector terciario y las causas de su exagerado número. Lo que es un hecho comprobado a nivel nacional es el peso de los trabajadores del sector primario sobre los de la industria de transformación del secundario (cuadro 11-1). Una cuestión que queda

pendiente es el exagerado peso del terciario en la economía y en la estructura de clases nicaraguenses.

1.3. *El carácter del Estado somocista*

El patrón de acumulación de Nicaragua se estableció bajo el apoyo de un Estado que se construyó a partir de la histórica y permanente intervención de EUA, de un Estado que durante 42 años, desde 1937 hasta 1979, fué dirigido como diría Adolfo Gilly por un "capataz local" miembro de la familia Somoza.⁽¹²⁾ La guerra popular que se libró en Nicaragua, vanguardizada por el Frente Sandinista de Liberación Nacional - (FSLN), destruyó la "columna vertebral" del Estado somocista es decir, la Guardia Nacional (GN). Algunos de los datos presentados hasta este momento nos permiten delinear resumidamente las principales características del Estado derrocado por el pueblo el 19 de julio:

- a) "Reproductor del modelo social de explotación capitalista.
- b) Garante de la dependencia económica y política del imperialismo yankee, ya que la dictadura militar somocista se constituye en la representante directa de los intereses imperialistas y en defensora de los intereses de sectores de la oligarquía y de la burguesía.
- c) La Guardia Nacional como ejército de ocupación era de naturaleza antipopular y represiva. Dado el mismo carácter de ejército de ocupación representaba los intereses imperialistas en el área como miembro del CONDECA.
- d) Las instituciones jurídico-políticas y sociales cumplían

funciones que le compete a todo estado de carácter burgués: ser un instrumento para lograr la explotación, la dominación y la alienación.

- e) El Estado somocista beneficiaba a toda la burguesía, pero de manera especial al grupo económico más ligado a Somoza. Con los otros grandes grupos (BANIC, BANAMER, CALLEY, CAPSA, FRANCOFIN), se plantean contradicciones secundarias (sic) sobre todo después del terremoto, ya que la contradicción fundamental era Dictadura militar Somocista vs. Pueblo". (13)

Después de haber recorrido las principales características de la FES antes del triunfo, veamos las transformaciones en la economía, en el patrón de acumulación, la lucha de clases y el nuevo Estado Sandinista.

2. *Las Transformaciones de la Formación Económico-Social con la Revolución en el Poder*

2.1. *La producción*

El cambio más importante en la economía sandinista es el surgimiento de la economía mixta, en donde si bien el sector público (el Estado) entra de lleno en el proceso de producción, de distribución y de acumulación, el Estado sandinista deberá seguir garantizando la propiedad privada de los medios de producción y la acumulación de capital bajo la forma capitalista de acumulación. Economía mixta "es una economía de mercado capitalista con una área de propiedad estatal relativamente importante que obra, dentro de dichos marcos, como

soporte de la acumulación privada (y eventualmente como 'corrector social' de los 'excesos' de los capitales individuales".⁽¹⁴⁾ Es decir, la sumatoria de los sectores privado y estatal bajo relaciones capitalistas de producción representan la economía de la Nicaragua Libre, ahora, después de libre, bajo un "nuevo concepto económico: la economía planificada en base a la actividad estatal y ordenada al servicio de las necesidades populares".⁽¹⁵⁾ Sobre esto Sergio Ramírez expresó en el informe a la CEPAL, (27/9/79) que "Vamos a desarrollar la economía a través de una sola planificación global y nacional que racionalice todo el sistema de producción y que nos permita convertir nuestros sueños de futuro en escuelas, hospitales, vivienda, electricidad, agua potable para todos los nicaraguenses". Para esto, el sector público incrementa su participación en la economía nacional. Observemos el cuadro II.4.

De acuerdo al cuadro, si bien el sector privado mantiene una significativa participación en el PIB (59%) se puede observar un incremento importante de la participación del Estado que de 15% en 1978 pasa a 41% en 1980. Esto es posible por que el Estado cuenta hoy con más de 100 empresas industriales administradas por la Corporación Industrial del Pueblo (COIP) lo que representa un 30 a 50% de la producción industrial. Las cifras no son exactas, algunos datos arrojan el 20 a 25% de industrias nacionalizadas. Lo importante es que, si bien el sector privado tiene la mayor parte de las industrias y genera el 75% del PIB en la industria manufacturera,

CUADRO II.4. Participación del sector público en el Producto Interno Bruto.

CONCEPTOS	Año 1978		Año 1980	
	PUBLICO	PRIVADO	PUBLICO	PRIVADO
Agropecuaria ^a		100	20	80
Manufacturero ^b		100	25	75
Construcción	40	60	70	30
Minería		100	95	5
Servicios ^c	31	69	55	45
Producto Interno Bruto	15	85	41	59

Fuente: Comité de Coordinación Económica, Ministerio de Planificación.

- a Para 1980, el sector público participará en cada uno de los rubros que componen el sector agropecuario de la siguiente manera: a) Agricultura: 17%; b) pecuario: 12%; c) Silvicultura: 70%; d) Caza y pesca: 95%, lo que da una media ponderada de 20%.
- b Considerando los datos de 1977, las industrias nacionalizadas abarcaban cerca de 21% del producto del sector fabril, estimándose que para 1980 llegará al 25%.
- c Se estima que para 1980, el sector público participará en cada uno de los rubros, que componen el sector servicios de la siguiente manera: a) Gobierno general: 100%; b) Bancos, seguros y otras instituciones financieras: 100%; c) Comercio: 30%; de Transporte y comunicaciones: 60%; d) Propiedad y vivienda: 3%; e) Otros servicios: 30%; f) Energía Eléctrica y agua potable: 100%; esto da un promedio ponderado de 55% al sector público.

la medida de nacionalización de una parte del sector deposita en manos del Estado una valiosa arma para intervenir en la economía..

En los servicios la presencia del Estado es más favorable, El Estado genera el 55% del PIB desde el terciario.

En el sector primario la transformación más importante que se dió fue que las tierras que Somoza ocupaba quedaron abandonadas y fueron transformadas en Area Propiedad del Pueblo (APP). La producción cooperativa o colectivizada de pequeños propietarios fue la segunda transformación que define lo que es hoy el modelo de organización de la producción agraria. El APP y las cooperativas son los elementos fundamentales del desarrollo económico así como de las transformaciones en las relaciones de producción en el campo. Es cierto que las relaciones sociales de producción cambian al cambiar el dueño de los medios de producción, pero estos cambios se dan en términos económicos: de la producción en la propiedad privada a la producción en la propiedad estatal, que no es la no producción.

Ya vimos que el APP es el principal eje de acumulación de la economía sandinista basada en la producción de algodón, café, carne y caña. Con el triunfo de la Revolución se expropió más de 1,000.000 de hectáreas lo que representan aproximadamente un 50% de la tierra cultivable de todo el país.

En el APP también se producen granos básicos (maíz, frijo, sorgo y arroz). Ahora bien, el porcentaje de los productos que se producen para exportar y los productos que se

producen sobretodo para consumo interno en APP es de 82% para la primera y de 17% para la segunda, es decir, el eje de la acumulación económica agraria descansa sobre la producción en APP. Pero aunque el 82% de los productos sean exportados, esto representa un número bastante menor de lo que exportaba el somocismo (el 93.26% como promedio del café, algodón y azúcar se exportó en 1978/79), y es que la economía sandinista busca equilibrar la exportación/importación en función del principio de justicia social que enmarca las actividades de la revolución en el poder.* Fundamentada en este principio es que se asegura la alimentación a la población nicaraguense para hacer frente al hambre y a las enfermedades que devienen de ella. Muchas actividades han sido llevadas a cabo. Después del triunfo el gobierno revolucionario emprendió la estrategia de Seguridad Alimentaria, que consiste en:

"Una nueva orientación de la producción agropecuaria que prioriza la producción de alimentos de consumo popular, es decir, los granos básicos, las hortalizas, la leche, los pollos y los huevos.

Un nuevo sistema de comercialización de productos básicos para asegurar una distribución racional, regular y equitativa.

Y una redistribución del ingreso para aumentar el poder adquisitivo y los niveles de consumo de los sectores po-

* Ver anexo 6

pulares". (16)

Otro dato a resaltar, respecto a la política alimentaria, es que en el año de 1982 la canasta básica de Nicaragua fué la más barata entre todos los países de Centroamérica.*

Indudablemente estas son medidas fundamentales en el logro de mejores niveles de vida y alimentación de la población. Es una de las tantas formas de asegurar que la población nicaraguense siga viviendo, como se planteaba en la primera proclama de gobierno. Sin embargo lo que garantiza todo esto son los profundos cambios estructurales experimentados con la revolución

2.1.1. El patrón de acumulación

A diferencia del semocismo, que definía su patrón de acumulación en función de los caprichos del mercado norteamericano, hoy la acumulación se define a partir de las necesidades populares y de dar respuestas a ellas. Mirar los datos sin tomar en cuenta éstas dos variantes no sería correcto.

Pero regresemos a los clientes de Nicaragua. La hegemonía económica de EUA sufre un descenso a raíz del fortalecimiento económico de Japón y Europa Occidental. Así, los compradores de lo que se produce en Nicaragua cambian y el resultado lo podemos observar en el cuadro II.5.

Las relaciones comerciales han cambiado después del triunfo de la RPS. Hoy se observa, de acuerdo al cuadro supra, un aumento de las transacciones con Japón, Canadá y Europa Occidental, sus compradores más fuertes, y los países socia

* Ver anexo 7

CUADRO II. 5 EXPORTACIONES DE NICARAGUA - DESTINO 1977-82

(en millones de dólares)

PAISES	1978	%	1982	%
EE.UU. DE NORTEAMERICA	150.8	23	96.5	24
RESTO DEL MUNDO IND. CAP. (1)	245.8	38	175.9	43
PAISES SOCIALISTAS (CAME)	1.1	0	31.3	7
PAISES DEL TERCER MUNDO	248.4	39	104.1	26
TOTAL	646.1	100	407.8	100

Fuente: Ministerio de Comercio Exterior, "Nicaragua-Boletín Estadístico 1977-1981", y "Nicaragua-Boletín Estadístico Comercio Exterior 1982", No. 3; citado en Barricada, *Nuestro Comercio Exterior ante la Agresión Imperialista*, Nicaragua, 23 de mayo de 1983, p- 3.

(1) Japón, Canadá y Europa Occidental.

listas ubicados en el Consejo de Ayuda Mutua Económica (Albania, Cuba, China, Polonia, Hungría, Checoslovaquia, Rumanía, etc., etc.). Asimismo, las exportaciones para los países del Tercer Mundo (sic) bajaron, probablemente debido a la crisis económica que ha reducido la capacidad de compra de estos países. EUA mantenía, a niveles porcentuales, un nivel estable de relaciones comerciales en lo cuantitativo. Dije, mantenía, porque en el mismo día en que se publicó este cuadro en Barricada estaba la noticia de que en 9 de mayo de 1983 EUA había suspendido en un 90% la cuota de azúcar que le compraba a Nicaragua. Y si tomamos en cuenta que el azúcar era el principal producto que EUA importaba nos damos cuenta también que es un cliente en franco descenso. Este dato rebasa el orden económico. Los sandinistas califican este hecho como una "agresión económica y un chantaje político" y que, precedido de

otros actos con objetivos similares,* pretenden "desestabilizar la economía, generar dificultades económicas que provoquen el descontento de las masas contra la Revolución, y fortalecer sus aliados internos", como lo expresó el diario Barricada ese mismo día.

El intercambio comercial negativo para Nicaragua (que disminuye los precios de lo que vende y aumenta los precios de los productos que compra), hizo que el país se fuera endeudando más y más. Véamos los datos: la deuda externa subió de 92.7 millones de dólares en 1967 a 225.0 millones de dólares en 1972 y a 664.0 millones de dólares en 1975.⁽¹⁷⁾ En la Primera Proclama de Gobierno el dato es todavía más alarmante. La Junta de Gobierno de Reconstrucción Nacional (JGRN) recibió, además de cofres vacíos, una deuda de 1.300 millones de dólares.⁽¹⁸⁾

2.2. La lucha de clases

Los años de 1977-78-79 fueron marcantes y decisivos para la revolución nicaraguense

El punto nodal de la crisis de hegemonía del Estado somocista, por el lado de las clases dominantes, estuvo encabezado por la crisis al interior de las mismas -la crisis interburguesa-. Esta crisis tuvo como punto de arranque los cambios en la economía del país ocurridos principalmente a lo largo de los últimos 15 años, después de la entrada a Nicaragua

* Ver anexo 8

en el Mercomun.

Otro factor de crisis al interior de las clases dominantes provenía de la forma como Somoza utilizaba el aparato estatal para el beneficio de sus negocios privados y los de sus allegados. "Las empresas de Somoza tenían en el Estado un mercado *cautivo*, créditos seguros y en condiciones privilegiadas, protección aduanera. Una serie de obras de infraestructura y aún de insumos eran provistas por el Estado; una carretera nueva llegaba hasta la fábrica propiedad de Somoza; un batallón del ejército cañaba un pozo o realizaba una obra de regadío en una empresa agraria de aquél; y así sucesivamente. Todo esto no figuraba en los costos. Por otro lado, este sistema proteccionista encubría, a su vez, un gran desorden financiero en dichas empresas, en las cuales Somoza robaba al Estado, los administradores hacían sus propios negocios robando a Somoza, y los altos empleados de los administradores se las arreglaban a su vez, para robar a éste". (19)

Toda esta situación disgustaba a la burguesía, que se molestó todavía más cuando, después del terremoto fatal de 1972, Somoza utilizó casi todos los fondos destinados al socorro de las víctimas para favorecer sus negocios.

La crisis interburguesa se agudizaba. En 1977-78 tomó formas más drásticas y el hecho que fue definitorio fue el asesinato por la "ala dura" del somocismo de Pedro Joaquín Chamorro. Este hombre era una de las principales figuras que representaba la burguesía antisomocista. Era director del periódico La Prensa y fundador presidente de la Unión Democrática de Liberación (UDEL,

posteriormente Frente Amplio Opositor - FAO). Pero su pasado de lucha pro-imperialista es más remoto. Cuando la revolución cubana triunfó, Pedro Joaquín Chamorro se transformó en "uno de los más agresivos voceros de la propaganda imperialista contra Cuba". (20)

Pero, la muerte de Pedro Joaquín Chamorro caló hondo también en el íntimo de las clases dominadas. Sin embargo, le calaba más hondo todavía la creciente inflación, la caída del salario real, la devaluación de la córdoba en abril de 78, el aumento exorbitante de los precios y el aumento también exorbitante del número de desempleados. (21) Sin embargo, la debilidad de la sociedad civil era notoria. Convivía con la presencia de un Estado dictatorial de un Estado que, en la medida que la crisis se agudizaban profundizaba el uso de su aparato de coerción, la GN, reprimiendo de forma brutal el movimiento de masas. Con toda la represión que el Estado desplegaba, el año de 1978 estuvo marcado por huelgas de estudiantes, de periodistas, de empleados en Managua y de trabajadores de hospitales.

La clase obrera era numéricamente pequeña. La sobrepasaban, cuantitativamente hablando, los trabajadores del campo, que desde 1967 se organizaron, política y militarmente. Los campesinos son los sujetos con los cuales, el FSLN realiza la vinculación orgánica vanguardia-pueblo. El marco histórico de esta vinculación fueron las guerrillas de 1967 en Fila Grande y Pancasán.

Así, la sociedad civil en Nicaragua empezó la lucha

en contra del Estado tradicional y oligárquico bajo la hegemonía del FSLN. El FSLN pugnaba por el antimperialismo, sentimiento que aglutinó a las masas en torno a las consignas de "muerte al imperialismo y soberanía nacional". Este sentimiento antimperialista provenía de Augusto César Sandino, el padre ideológico de la Revolución. De Sandino se tomó también la tradición de lucha armada, que al final derrocaron a la dictadura somocista.

! Pero, empezemos la historia del FSLN por el principio. Entre los años de 1958 y 1962 se gestaban en el vientre de Nicaragua la organización que llevaría la bandera y las acciones para liberar el país del dominio del imperialismo. La organización se gestaba a partir de la unificación de algunas organizaciones armadas que brotaban en estos cuatro años de embarazo. Con la revolución cubana vino a la luz el FSLN, su victoria coadyuvó a la acumulación de las primeras fuerzas que impulsaron el FSLN y de ella aprendió la palabra castrismo y con Sandino articuló: antimperialismo.

La trayectoria de lucha del FSLN estuvo llena de un ir y venir, de un subir y bajar, de "un paso adelante dos pasos atrás" o "dos pasos adelante un paso atrás", fue llena de victorias y de derrotas, de muerte y de vida, de repliegue pero nunca de retroceso en sus propósitos. La lucha política que en Nicaragua se libraba, a un principio, no contaba con la presencia de la sociedad civil y se quedaba reducida al juego electoral de los liberales y conservadores. Pero, la socialidad civil aflora políticamente no en los sillones de los parla

rentos sino en la montaña, en la guerrilla. Ahí van a incorporarse los trabajadores de la ciudad, los no-trabajadores, los que tienen "tendencia política" y los que no tienen ninguna tendencia política pero tienen hambre y represión policiaca. Se incorporan los campesinos y los intelectuales, religiosos y religiosas (marxistas cristianos y cristianos no marxistas), se incorporan mujeres y hombres, niños y adultos; todos esos sujetos van a dar vida al proceso revolucionario a través de la vanguardia del FSLN, cuyas principales tendencias son:

1. "Tendencia Guerra Popular Prolongada (GPP).- se declara marxista y propone la vía de guerrilla rural y la implantación por un extenso período en la montaña, desde donde será posible posteriormente rodear las ciudades y organizar la lucha armada urbana. Su ideología está influenciada por el maoísmo y su concepción de la guerra popular, pero más particularmente por las experiencias de la guerra de liberación vietnamita, que los sandinistas han estudiado, debatido y utilizado en muchos casos como marco de referencia de sus discusiones.
2. La Tendencia Proletaria (TP).- ubica el centro de la lucha en las ciudades, en la organización del movimiento obrero, de los barrios populares y de los estudiantes. Es la tendencia numéricamente más pequeña. También se declara marxista y se opone a frentes de colaboración con la burguesía antisomocista. A partir de 1977 plantea un programa anticapita

lista.

3. La Tendencia Dirección Nacional (FSLN-DN), más conocida como 'tercerista' o insurreccional: es la que sigue más de cerca la línea castrista. Centra su proyecto en la eficacia de las acciones armadas -de ahí, el nombre 'insurreccional'- y no se opone a las alianzas con las fuerzas de oposición burguesa. En efecto, será la que llevará más lejos los acuerdos con el FAO, a los cuales resisten las otras dos tendencias, así como las relaciones con la social-democracia europea y una red de contactos internacionales de importancia para el movimiento. Es la más numerosa de las tres tendencias y la que ha encabezado la mayoría de las iniciativas armadas de resonancia después del asalto al cuartel San Carlos en octubre de 1977". (22)

Estas tres tendencias se dividen en 1975 para volver a fusionarse en 1979, fusión que llevó a la preparación de la ofensiva final. La fusión de 1979 incluye la ruptura del FSLN-DN con el FAO. El FAO queda fuera de la vanguardia, y el FSLN sale fortalecido. Ahora el FSLN sin la hegemonía del FAO y de la burguesía, con la hegemonía de la pequeña burguesía, radicaliza sus demandas: expropiar los bienes de la familia Somoza, disolver la Guardia Nacional, implantar la reforma agraria, y atender las reivindicaciones de los trabajadores.

Sobre las masas esta radicalización tuvo un impacto positivo. Su autorganización se profundizó. El antimperial-

lismo y la lucha armada fueron los dos pilares principales con las cuales el FSLN llamaba y encontraba eco en las masas para acabar definitivamente con el somocismo. Debería empezarse por la "columna vertebral" del Estado: la Guardia Nacional. Todo el pueblo con las armas en la mano acabaría derrocando el Estado que dominó bajo formas genocidas de exterminio. Derrotó el Estado en sus raíces. Hoy, el aparato del Estado no guarda ni las huellas del pasado.

2.3. *El carácter del nuevo Estado y las organizaciones de masas*

Así, el Estado somocista se vió extinguido, el ejército destruido desde sus raíces. Se instauró un nuevo Estado, el Estado Sandinista, cuyos elementos organizativos son:

- JUNTA DE GOBIERNO DE RECONSTRUCCION NACIONAL
- CONSEJO DE ESTADO
- FUERZAS ARMADAS

JUNTA DE GOBIERNO DE RECONSTRUCCION NACIONAL

Es el órgano de poder más importante dentro del Estado Sandinista. A la JGRN le corresponde la responsabilidad del poder ejecutivo y junto con el Consejo de Estado, del poder legislativo. Asimismo, le corresponde la tarea de administrar el Estado. En la Primera Proclama del Gobierno de Reconstrucción Nacional de 18 de junio de 1979 (cuatro días después de constituido el gobierno provisorio de los revolucionarios) el FSLN afirmaba sus bases políticas forjado en un go-

bierno de unidad nacional, bajo un régimen de justicia, de democracia y de progreso social. La materialización de estos principios se expresa en la composición orgánica de la JGRN que incorpora distintos sectores económicos, sociales y políticos; hecho que expresa también el pluralismo político que caracteriza el Estado Sandinista.

Jurídicamente, a la JGRN le corresponden las siguientes funciones:

- Velar para que el Gobierno Sandinista se apoye en dos pilares fundamentales: la soberanía nacional y la autodeterminación de los pueblos;
- Activar y consolidar la participación popular tanto en la decisión como en la solución de los problemas de Nicaragua;
- Cuidar por los principios que deben regir la vida política del país: la democracia, el pluralismo y la unidad nacional;
- Llevar a cabo el plan de reconstrucción nacional en el sentido de mejorar las condiciones de vida de la mayoría de la población;
- Crear las condiciones para que la sociedad nicaraguense se encamine hacia una mayor independencia económica y política.

El aparato administrativo del que la JGRN debe hacerse cargo está así estructurado:

1. Organismos de asesoría, apoyo y/o coordinación central en cuyo núcleo está el Ministerio de Planificación (MIPLAN).

El MIPLAN es el órgano orientador y programador para todo el país. En este rubro se ubican también la Secretaría General de la Junta responsable de la asesoría, apoyo y coordinación de las funciones de la JGRN y el Ministerio de Asuntos Municipales que se ocupa del control y administración de los municipios.

Finalmente están las Comisiones Programáticas Coordinadoras (CPC) que coordinan la puesta en práctica de los planes y programas dictados en el MIPLAN.

2. Unidades de ejecución programática: Ministerios e Institutos. En términos organizativos los Ministerios están centralizados y los Institutos descentralizados.

EL CONSEJO DE ESTADO

El Consejo de Estado es una institución que, junto con la JGRN, hace las leyes que deberán reglamentar la economía, la sociedad y la política de la Nueva Nicaragua, a favor de los grupos mayoritarios más necesitados y de acuerdo a las reales necesidades del país.

El Consejo de Estado nació para "concretar la participación popular, acortar las distancias entre el gobierno y las masas como una de las formas de llenar el concepto de democracia en su contenido real";⁽²³⁾ "nació para estabilizar el camino, el cauce donde se reúnen todos los sectores, todas las clases, todas las fuerzas de reconstrucción del país".⁽²⁴⁾ Así, el poder popular, la democracia, el pluralismo político y la unidad nacional encuentran concreción en el Consejo de Estado.

No se necesita mucho para darse cuenta de esto. Basta con hechar una mirada en el amplio abanico de organizaciones partidarias, gremiales, sindicales, juveniles, estudiantiles, etc., etc. que participan en él.

1. Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN)
Del Frente Patriótico Nacional
2. Partido Liberal Independiente (PLI)
3. Partido Popular Social Cristiano (PPSC)
4. Central de Trabajadores de Nicaragua. (CNT)

El Movimiento Pueblo Unido, la Agrupación de los Doce, El Frente Obrero que originalmente hacían parte del Consejo de Estado hoy ya no están representados en él, unos porque desaparecieron y otros por "razones políticas específicas".

- Del Frente Amplio Opositor (FAO)
5. Partido Conservador Democrático (PCD)
6. Partido Social Cristiano (PSC)
7. Partido Movimiento Democrático Nicaraguense (MDN)
8. Confederación General del Trabajo (CGT)
9. Confederación de Unificación Sindical (CUS)

El Movimiento Liberal Constitucionalista que está contemplado en la Primera Proclama de Gobierno, ya no hace parte del Consejo, probablemente por razones políticas una vez que todavía en 5 de mayo de 1981 el periódico La terricada denunciaba que el Dr. Ramiro Sacasa Guerrero, presidente de la organización, había anunciado que llegaría tarde a la sesión, pero a

la mera hora no se presentó,

- Del Consejo Superior de la Empresa privada (COSEP)
- 10. Instituto Nicaraguense de Desarrollo (INDE)
- 11. Cámara de Industrias de Nicaragua (CADIN)
- 12. Confederación de Cámaras de Comercio (CCC)
- 13. Unión de Productores Agrícolas de Nicaragua (UPANIC)
- 14. Cámara de la Construcción
- 15. Confederación Nacional de Profesionales (CONAPRO)
- Otros
- 16. Consejo Nacional de Educación Superior (CNES)
- 17. Partido Socialista Nicaraguense (PSN)
- 18. Central de Acción y Unificación Sindical (CAUS)
- 19. Asociación de Mujeres Nicaraguenses "Luisa Amanda Espinosa" (AMNLAE)
- 20. Asociación de Miskitos, Sumos y Ramas (MISURAS ATA)
- 21. Unión de Periodistas de Nicaragua (UPN)
- 22. Juventud Sandinista 19 de Julio (JS 19 J)
- 23. Fuerzas Armadas
- 24. Asociación Nacional del Clero (ANCLEN)
- 25. Central Sandinista de Trabajadores (CST)
- 26. Comités de Defensa Sandinista (CDS)
- 27. Asociación Nacional de Educadores de Nicaragua (ANDEN)

28. Asociación de Trabajadores del Campo (ATC)
29. Federación de Trabajadores de la Salud (FETSALUD)

Cada representante de las distintas organizaciones debe ser escogido por sus respectivas bases y en el Consejo de Estado deberán expresar el sentir, las necesidades, las voluntades de los que está representando. La nueva legislación de la Nueva Nicaragua va a ser producto de propuestas, de discusiones, de reflexiones que harán las diferentes organizaciones al interior del Consejo pero, a partir de los proyectos de ley de la JGRN. El número de delegados de cada organización en el Consejo dependerá del número de componentes de su respectiva organización.

LAS FUERZAS ARMADAS SANDINISTAS

Las FA hoy representan la protección del país, la protección de seguimiento del proceso revolucionario y de los intereses populares. Están formadas por:

- El Ejército Popular Sandinista (EPS)
- La Policía Sandinista (PS)
- Las Milicias Populares Sandinistas (MPS)
- La Seguridad del Estado

EL EJERCITO POPULAR SANDINISTA

El EPS está plagado de la filosofía que impregnaba el ejército que forjó Augusto César Sandino en 1927 y con lo cual se adentró en las montañas de las Segovias a luchar para defender la soberanía nacional y el pueblo nicaraguense. El

ejército del "General de Hombres Libres" se llamaba "Ejército Defensor de la Soberanía Nacional de Nicaragua" (EDSN), estaba formado por obreros y campesinos que debían hacer frente y luchar en contra de la organización armada que EUA formaba (la organización de una "contabularia") con los mismos obreros y campesinos nicaraguenses. Sabemos que Sandino no derrocó el Estado de aquella época ni mucho menos lo que le daba sostén; la Contabularia. Pero "sus hijos" en 1979 derriban al Estado somocista golpeando el blanco más importante, golpeando la "columna vertebral" de dicho Estado: la Guardia Nacional que se originó de la Contabularia.

Así, el FSLN cuando conquista el poder en 19 de julio de 1979 destruye hasta las raíces el ejército somocista; se crea un ejército con estructuras, principios y finalidades opuestas al anterior. No es nuevo el sujeto que compone el ejército sandinista. Una vez más en la historia de la lucha de clases los obreros y campesinos van a apuntar el fusil para defender la soberanía nacional, sus ansias de autodeterminación y libertad.

La Policía Sandinista

La PS es el instrumento político-militar del nuevo Estado, es el instrumento que debe garantizar el buen funcionamiento de la nueva legislación, es el instrumento que debe regular las "normas de convivencia civil y humanas revolucionaria".

rias",

Al contrario del EPS que sustituyó el ejército anti-popular y genocida de Somoza, la PS no tiene un órgano correspondiente en el antiguo régimen. Cuando se creó la contabilidad se fusionaron en ella la defensa nacional y las funciones policíacas.

La PS se divide en diversos departamentos. Son ellos:

Tránsito

Seguridad Pública

Delincuencia Criminal

Procesamiento Judicial

Policía de Orden Interno

Unidad de Protección de Embajadas

Las Milicias Populares Sandinistas

Las MPS representan un pilar sumamente importante en la defensa de la revolución hoy; en el pasado representaron la garantía de la victoria sobre el somocismo; las MPS se formaron durante la huelga general y la insurrección de julio en las semanas de la ofensiva final.

Las MPS, como indica el propio nombre, está formada por civiles que son preparados y organizados, militar y políticamente; que debe defender el proceso revolucionario, los logros obtenidos a partir de él y trabajar para lograr las metas que la revolución se propone. La posesión de las armas por

los milicianos está ligada al local donde ellos trabajan: en las fábricas, en los servicios de salud, en las cooperativas agrícolas, en las escuelas, en las oficinas, etc., etc.

Las funciones que los milicianos deben cumplir son las siguientes:

1. "Seguridad y defensa de las ciudades, pueblos y comunidades campesinas.
2. Defensa del país contra una agresión del exterior.
3. Seguridad y defensa de sus propios centros de trabajo y de estudio (fábricas, universidades, ministerios, bancos, etc.).
4. Luchan junto a las unidades del EPS y la Policía Sandinista para aplastar la contrarrevolución interna en la ciudad y en el campo.
5. Luchan contra las bandas terroristas, asaltantes, ladrones y contrabandistas, que actúan en las zonas rurales y fronterizas, en especial por las milicias campesinas.
6. Participan en la seguridad y defensa de actos públicos y de masas.
7. Participan en casos de desastres naturales, como inundaciones y terremotos, prestando ayuda a la población.
8. Participan en la seguridad y cuidado de los medios y recursos del Estado y en campañas políticas y sociales como la vacunación, la alfabetización, censos de la población". (25)

Es la presencia definitiva y profunda de la sociedad civil en la defensa de la revolución, defensa que lleva el miliciano sandinista a empuñar el fusil para matar al virus de

la contra-revolución, como a empuñar el gotero que contiene las vacunas para impedir la presencia del virus de la enfermedad.

La fuerte presencia de la sociedad civil en el Estado es producto de su masiva participación en la revolución. Una revolución popular, democrática, de alianzas, marca lo que es el Estado hoy.

Por otro lado, la organización de la sociedad civil independiente del Estado, se vió fortalecida con el triunfo de la revolución y con su creciente politización. La campaña de alfabetización a nivel nacional ha contribuido para esto. Hoy, los diversos sectores de la sociedad se organizan en instituciones autónomas llamadas *organizaciones de masas* que tuvieron su génesis en las organizaciones populares que se formaron en los últimos años de la lucha contra el somocismo.

Las principales organizaciones de masas de la sociedad nicaraguense hoy, son;

- La Central Sandinista de Trabajadores (CST)
- La Asociación de Trabajadores del Campo (ATC)
- Los Comités de Defensa Sandinista (CDS)
- La Asociación de Mujeres Nicaraguenses "Luisa Amanda Espinoza" (AMNLAE)
- La Juventud Sandinista "19 de Julio" (JS 19 J)
- La Asociación de Niños Sandinistas "Luis Alfonso Velázquez".

La concepción de democracia, en cuanto presencia e intervención de la sociedad civil en todos los aspectos de la vida social, presente en el proceso revolucionario y en el Es-

tado Sandinista marca profundamente la actuación de las organizaciones de masas. Su presencia en la JG, en las Comisiones Programáticas Coordinadoras, en el Consejo de Estado, etc., y la forma como son elegidos sus representantes para participar en todas esas instancias, hacen que el ejercicio de la democracia y el poder popular, vayan en un proceso creciente.

Defender la revolución y obrar como expresión, canalización y recepción de las necesidades que plantean las bases son las tareas generales de las organizaciones de masas. Para ilustrar este planteamiento, veamos los logros que ha tenido la revolución con la participación clave de los organismos de masas.

1. "La Cruzada de Alfabetización que ha reducido en 6 meses la tasa de analfabetismo de 53% al 13%, y la organización de los Colectivos de Educación Popular Sandinista que continuaron a la Alfabetización.
2. El aumento del salario real de los sectores populares a través del control de precios, aplicación de ley de alquileres, establecimiento de Centros de Expendios Populares y de Colectivos de Producción.
3. En materia de salud, las campañas masivas de vacunación, las Unidades de Rehidratación Oral (URO) para niños y las farmacias populares.
4. La formación de Milicias Populares prácticamente en todos los centros de trabajo y lugares del país.
5. La creación de escuelas -e capacitación política, círculos

de estudio, múltiples seminarios para miembros de las organizaciones de masas,

6. El trabajo voluntario en los cortes agrícolas, reparación y mejoras barriales, colocación de servicios de agua potable, etc.
7. Desarrollo de grupos artísticos, festivales y expresiones culturales.
8. Campañas de solidaridad con otros pueblos que luchan por su liberación.
9. Amplia cooperación personal y material con los damnificados, por las inundaciones que en cada estación de lluvias ocurren.
10. Respuesta positiva a la campana de ahorro de azúcar y otros productos solicitados por el GRN". (26)

Hablamos de la sociedad civil presente en sus sindicatos, en sus gremios, en sus corporaciones, en sus organizaciones de masas, etc., etc., volcada en el Estado y en eterna tensión y relación contradictoria con este.

Queda una laguna por llenar en la caracterización de la sociedad civil nicaraguense de hoy. Me refiero a la presencia de la iglesia en este componente superestructural.

La religión tiene una penetración bastante amplia en la sociedad civil nicaraguense y en la revolución juega un papel dual. Ella marca tanto el proceso revolucionario como el contrarrevolucionario, lease reacción a la acción revolucionaria.

En el primer caso, la iglesia apoya el sandinismo a

la luz de la Teología de la Liberación (la opción por los pobres) y en el segundo caso cobija la contrarrevolución a la luz de la teología de los inquilinos de la Casa Blanca. El ejemplo para el primer caso se refleja en la presencia de dos ministros en el aparato estatal, Ernesto Cardenal y D'Escoto.

Las declaraciones de algunos obispos que se colocan al lado de la revolución también es ilustrativa del primero caso. Respecto a las organizaciones de masas expresan que: "nos parece muy necesaria la participación conciente y activa de las mayorías nicaraguenses en el proceso revolucionario que vivimos; éste debe producirse a través de los organismos de democracia popular directa que ya existen y de los que se vayan creando", (27)

Por otro lado podemos observar la presencia de partidos cristianos en el Consejo de Estado, que si bien son considerados de oposición, contribuirán al derrocamiento de la dictadura. En el Consejo de Estado, como ya vimos anteriormente, participa también la Asociación Nacional del Clero.

Ahora bien, en el extremo de la reacción la iglesia opera, tanto en sus pulpitos como en los campos de batalla. En el primer caso, utiliza el inmenso aparato de comunicación de que dispone para derramar la ideología cristiana del primado espiritual en tanto que, en el espíritu el hombre se realiza como persona. El "reino de la dictadura del proletariado" es temido y de lo que se trata es de desplazarlo para dejar lugar absoluto al "reino de los cielos". El principal vocero de la reacción católica se identifica con la figura del Monse-

ñor Miguel Obando y Bravo.

En el campo de batalla la iglesia participa a través de la Alianza Revolucionaria Democrática (ARDE), bajo la comandancia de Eden Pastora (el Codte.Cero) que actúa desde Costa Rica, anhelando quitar el poder del FSLN. La ARDE está formada por el Movimiento Democrático Nicaragüense (MDN), por el Frente Revolucionario Sandino (FRS), por MISURATA y por el *Frente de Solidaridad Democrata Cristiano* (FSDC).

Tomando en cuenta los datos presentados, nos percatamos que no estamos ante una formación social acabada y estática, ni ante organismos e instituciones institucionalizados. Estamos ante un constante movimiento preñado por la lucha de clases e impregnado de ella, lucha de clases que aún está por resolverse.

Los obreros, los asalariados, los campesinos, enfin, todos esos sujetos sociales que son la base del FSLN se enfrentan, se contradicen, se cofrontan tanto en sus casas como en las calles, tanto en el parlamento como en las fábricas, con la burguesía, con los propietarios privados y con algunos sectores de la iglesia. Y es que la revolución popular, antimperialista y democrática que se llevó a cabo en Nicaragua sustituyó un Estado anti-popular y dictatorial por un Estado que tiene las bases de su funcionamiento en la sociedad civil.

Sin embargo, la economía mixta, el carácter de una revolución sin un gran contingente de proletariado, los propios embates del capital que se oponen a los avances de ese pro

ceso, etc., etc., nos poncn los pies en la realidad, nos llevan al necesario estudio de una revolución ~~en~~ movimiento. La revolución popular, ant imperialista y democrática, está en proceso de transición, o en proceso de transición a la transición; a esa pregunta trataré de responder en el siguiente apartado.

3. *La Transición y el Carácter de la Revolución Popular Sandinista*

Para abordar la discusión sobre el concepto de transición, el punto de partida que tomo es la propia definición del término trabajado por Marx. Dice él: "Entre la sociedad capitalista y la sociedad comunista media el período de transformación revolucionaria de la primera en la segunda. A este período corresponde también un período político de transición, cuyo Estado no puede ser otro que la *dictadura revolucionaria del proletariado*".⁽²⁸⁾ Y si todavía de acuerdo con Marx entendemos la dictadura revolucionaria del proletariado por el socialismo, entonces llegamos a una conclusión; y es que *el socialismo es la única fase de transición entre el capitalismo y el comunismo.*

Siguiendo con mi referencial teórico en Marx me detengo un poco más en el concepto de transición. Marx cuando habla del comunismo define dos fases. Una la define como "la primera fase de la sociedad comunista", la que brota directamente de la sociedad capitalista a través de la revolución proletaria. Es la fase de la dictadura del proletariado, de la toma del poder por parte de los trabajadores, es la fase del *Estado obrero*; es el socialismo. Y entre el socialismo y su

precedente el capitalismo, se observa un cambio de régimen social, un cambio en el modo de producción; son dos modos de producción distintos.

La segunda fase es definida por Marx como "la fase superior de la sociedad comunista", es decir, el comunismo propiamente dicho. Entre las dos fases del comunismo no hay cambios en el modo de producción, se trata de un mismo régimen, de un mismo modo de producción pero con dos fases distintas. Esta segunda fase representa la consolidación del comunismo.

Teniendo como premisa que el socialismo es la única fase de transición entre el capitalismo y el comunismo es que retomo brevemente el concepto de transición en Lenin, una vez que este autor ha sido retomado de forma importante en la mayoría de los trabajos que caracterizan la formación social nicaraguense hoy.

Decía Lenin respecto a la revolución de octubre de 1917: "Estamos tan sólo en el comienzo de la *transición al socialismo*".⁽²⁹⁾ Y para avanzar hacia el socialismo el autor planteaba dos tareas fundamentales: La primera de ellas era que, como la burguesía no había sido eliminada del todo con la revolución, no habría que dejarla resurgir en cuanto clase dominante. La expropiación de capital en Rusia, fue un hecho. Pero, según Lenin, habría que hacer un alto a las expropiaciones porque sino se podría correr el riesgo de perder la capacidad de controlar la producción.⁽³⁰⁾

La segunda tarea consistía en aumentar la productividad "a todas luces" bajo una "fuerte disciplina laboral",

bajo una "disciplina de hierro", bajo la "obediencia sin discusión a la voluntad de los jefes", bajo la aplicación del concepto de "eficacia". Lenin era gran defensor y propugnador de la implantación del taylorismo en Rusia.

Primero justificaba su aplicación diciendo: "Sin la dirección de las diversas ramas de la ciencia, de la técnica, de la práctica por parte de los especialistas es imposible la transición al socialismo, ya que el socialismo exige un avance consciente y masivo hacia la productividad del trabajo superior a la del capitalismo y basado en lo alcanzado por este".⁽³¹⁾
(Como si el socialismo fuera sinónimo de aumento de la productividad).

"La vanguardia del proletariado ruso que posee la conciencia de clase más elevada ya se atribuyó como tarea la elevación de la disciplina del trabajo... Estos esfuerzos deben ser apoyados y seguidos con la mayor rapidéz. Debemos suscitar la cuestión del trabajo por piezas y someterlo a la prueba de la práctica; debemos suscitar la cuestión de la aplicación de muchas cosas que son progresistas y científicas en el sistema Taylor..."⁽³²⁾

Luego complementaba: "Hay que organizar en Rusia el estudio y la enseñanza del sistema Taylor, su experimentación y adaptación sistemáticas".⁽³³⁾

Y si entendemos que en el taylorismo, en aras de un mejor aprovechamiento de los medios de producción, la explotación de los trabajadores es reforzada a "todas luces", nos

damos cuenta de que el período de transición de Lenin (que no es lo mismo que período de transición en Marx) está plagado de reticencias: explotar al máximo y sin compasión a los trabajadores para construir el socialismo además de (remitámonos a la primera tarca) no expropiar totalmente a los capitalistas.

Así, el concepto de transición en Lenin se difiere del concepto clásico en el sentido de que para Marx la transición entre el capitalismo y el comunismo significa socialismo. Para Lenin la transición es una otra fase, es una fase entre el capitalismo y el socialismo; "ya no se trata de la transición al comunismo, sino de la transición al socialismo o, dicho de otra manera, se trata de la transición a la transición".⁽³⁴⁾ El capitalismo, ni socialismo son este régimen de transición en Lenin, "Es un régimen intermedio y, por definición se supone que transitorio. No se puede homologizar el concepto de *transición* clásico con el leninista (y trotskista)⁽³⁵⁾ de *transición a la transición* porque sus objetos, su contenido, difieren ostensiblemente: si la finalidad de la *transición* es crear el comunismo desde el socialismo, el objetivo (obrero) de la *transición a la transición* es crear el socialismo desde un período intermedio (y transitorio) que no es ni capitalista ni socialista".⁽³⁶⁾

Ahora bien, si por socialismo o por transición en el sentido clásico entendemos la introducción de la gestión obrera que marca el inicio de la dominación del hombre sobre su trabajo, y no lo contrario. Si por socialismo entendemos

la expropiación del capital, pero no nada más esto sino también la expropiación de los puestos de poder de la burocracia. Si identificamos el socialismo con la libertad, no en abstracto, sino la libertad en el sentido de toma de decisiones, en el sentido de poder de decisión sobre la propia vida, entonces queda más claro el planteamiento de que la fase de transición leninista (en donde la dominación del trabajo sobre el hombre se refuerza) no es igual a la fase de transición marxista. Acordémonos de lo que decía Lenin: "Estamos tan sólo en el comienzo de la transición al socialismo". Acordémonos de lo que decía Marx: "Entre la sociedad capitalista y la sociedad comunista media el periodo de transformación de la primera a la segunda. A este período le corresponde también un período político de transición, cuyo Estado no puede ser otro que la *dictadura revolucionaria del proletariado*" y no la dictadura de la vanguardia del proletariado por más revolucionaria que ésta sea.

Toda esta discusión acerca de la transición y de la transición a la transición tienen como objetivo hechar luz para la definición de la formación social de Nicaragua en el presente. A partir del momento en que me posiciono respecto al concepto de transición en Marx, planteo que el actual régimen nicaraguense es un régimen de transición a la transición.

Las bases de esta aseveración se encuentra en los siguientes hechos:

Primero: el ejército somocista, la "ex columna vertebral" del Estado somocista representada en la Guardia Nacio-

nal, fue completamente destruida. Hoy solamente quedan las huellas históricas de un pasado de represión sanguinaria de un ejército genocida. A partir de la destrucción la Guardia Nacional -con la cual el viejo Estado burgués también quedó destruido- se formó un nuevo Estado, con su base de sustentación en el pueblo organizado y en el ejército popular. Este nuevo Estado está hegemonizado por el partido FSLN, partido que tiene en sus manos la JGRN y es mayoría en el Consejo de Estado. Es un Estado de carácter clasista una vez que la revolución no abolió las clases sociales. Por el contrario, la amplia base de participación de los diferentes sectores y clases sociales en el Estado y en la sociedad agudiza las contradicciones de clase y la lucha de clases se profundiza.

Segundo: las relaciones de propiedad cambiaron con el triunfo de la RPS, pero si bien la expropiación de capital es un hecho, el Estado Sandinista debe garantizar la existencia o la coexistencia de la propiedad privada con la cada vez más amplia propiedad pública. Hoy el Estado tiene nacionalizada la mitad de las tierras y de la industria; tiene totalmente bajo su control las relaciones cambiarias del país, una vez que ha nacionalizado la banca en 100%. Ahora bien, al lado del crecimiento cuantitativo del sector público encontramos la economía planificada, el nuevo concepto económico del sandinismo que deberá actuar para cubrir las necesidades de la sociedad civil. Sin embargo economía planificada y crecimiento del sector público no caracterizan una sociedad de transición en términos marxistas.

Estos dos grandes rubros nos dan pauta para plantear el carácter de la Nueva Nicaragua. La RPS no fue una revolución socialista, ni pretendió serlo. Por los datos presentados a lo largo de este capítulo es que planteo que la Nicaragua Libre es una sociedad de transición a la transición; no es una sociedad capitalista ni mucho menos una sociedad socialista. Lo que no niega la importancia y la extraordinaria capacidad que tuvo el pueblo nicaraguense de transformar su sociedad. Tampoco implica que la revolución nicaraguense no sea un movimiento en constante progresión. Sin embargo, pensar que ayudar a la revolución es ocultar el carácter de una sociedad que no vive la transición sino la transición a la transición es una posición que lleva en su seno la posibilidad de legitimar burocracias que se alzan por encima de los trabajadores como un nuevo poder del capital.

Es obvio que la lucha de clases a nivel nacional como internacional determinará el curso de la revolución nicaraguense. Si evoluciona hacia el socialismo de los trabajadores, hacia el Estado obrero o se involuciona hacia el capitalismo (ahora ya no con las características del capitalismo del régimen somocista) o hacia la instauración de la burocracia, eso lo dirán las fuerzas que pugnan entre si al interior de Nicaragua y la fuerza de los aliados externos de la revolución y de la contrarrevolución.

Esta caracterización de la formación social nicaraguense servirá de base para establecer las relaciones entre el Estado y la Práctica Médica en el siguiente capítulo y establecer conclusiones generales en la última parte de mi trabajo.

N O T A S

- (1) "A partir de la década de los cincuentas, por estímulos de la guerra de agresión el pueblo de Corea, el algodón se convierte en el principal producto de exportación de Nicaragua". Jaime Wheelock, Román. *Nicaragua: Imperialismo y Dictadura*, Editorial de Ciencias Sociales, Ciudad de La Habana, Cuba, 1980, pág. 193.

- (2) PIB nacional por sectores Nicaragua 1977

	millones C \$	%
Agropecuaria	3,395	24
Silvicultura caza y pesca	196	1
Manufactura	2,414	18
Construcción y minería	749	5
Sector Terciario	7,310	52
Total	14,060	100

Cuadro elaborado en base a: *Producción y Organización en el Agro Nicaraguense*, Centro de Investigaciones y Estudios de la Reforma Agraria, Nicaragua, 1982, pág. 13.

- (3) "El FSLN se organizó en 1962, bajo la influencia de la revolución cubana", Adolfo Gilly. *La Nueva Nicaragua (Antimperialismo y Lucha de Clases)*, Editorial Nueva Imagen, México, 1980, pág. 107.
- (4) *Ibidem*, pág. 25
- (5) Jaime Wheelock, Roman, *op. cit.*, pág. 108.
- (6) En 1909 Zelaya se encontraba en el poder. Según EUA, Zelaya estaba entablando pláticas con Japón para la cons-

trucción de un canal interoceánico en Nicaragua. Así, había que quitar Zelaya de la presidencia de la República. Y fué lo que sucedió. Tres años después de quitarlo del poder, EUA recibe "carta de ciudadanía" sobre la construcción del canal, hegemonía que duró hasta que Somoza fué derrotado por la RPS.

- (7) Jaime Wheelock Román, *op. cit.*, pág. 125.
- (8) "Una vez concluída la Segunda Guerra Mundial, Nicaragua, bajo la dominación de la dictadura militar, se configuraría como un satélite absoluto de la economía norteamericana, exportadora de materias primas, algodón, café, maderas y un poco de oro; mientras se comportaba como consumidora de bienes importados, alimentos, maquinarias, fertilizantes y pesticidas, etc., manufacturados en EUA". Jaime Wheelock Ramón, *Frente Sandinista: Hacia la ofensiva final*, Editorial de Ciencias Sociales, Ciudad de La Habana, Cuba, 1980, pág. 6.
- (9) Los latifundios, 1.5% de las propiedades agrarias, ocupan el 41.2% de las tierras cultivables. Las explotaciones medianas, el 21.8% del total, abarcan el 41.1% de la tierra. Es decir, el 21.8% de las explotaciones grandes y medianas ocupan el 82.4% de la superficie cultivable", Adolfo Gilly, *op. cit.*, pág. 97.
- (10) Unión Nacional de Agricultores y Ganaderos (UNAG), Asociación de Trabajadores del Campo (ATC) y Centro de Investigaciones y Estudios de la Reforma Agraria (CIERA), *Producción y Organización en el Agro Nicaragüense*, editado por CIERA, Nicaragua, 1982, pág. 40.

- (11) Ibidem, pág. 15.
- (12) Cuando Somoza se hace elegir presidente en 1937, en el Estado "se produce una superposición de los métodos tradicionales de dominación de los terratenientes en el país de los cuales aquel es portador, con un Estado moderno que no es producto directo del desarrollo anterior de esos métodos ni se ha formado en sus luchas y conflictos internos. Es un Estado importado dirigido por un capataz local. Esta contradicción se resuelve en el carácter aparentemente 'familiar' del Estado Somocista, que oscurece para muchos el contenido de clases del Estado y su funcionamiento al servicio del conjunto de la burguesía local aliada con el imperialismo". Adolfo Gilly, *op. cit.*, pág. 103.
- (13) Sergio Ramírez, "El pensamiento vivo de sandino", EDUCA, pág. LV y Jaime Wheelock y Luis Carrión. "Apuntes del desarrollo económico y social de Nicaragua", citado en *Curso sobre la problemática actual*, publicación colectiva del Depto. de Ciencias Sociales de la UNAN -Depto. de Historia UCA- Movimiento Alumnos Ayudantes UCA, Nicaragua, 1981, pág. 19.
- (14) Adolfo Gilly, "Estado y Lucha de Clases en la Revolución Nicaraguense", en, *Transición y Construcción Socialistas*, Revista de la Facultad de Economía de la UNAM, Núm. 154, Volúmen XXXIX, México, oct-dic, 1980, pág. 95.
- (15) Ibidem, pág. 97.
- (16) Periódico Barricada, *Producción Alimentaria y Distribución*, Managua, Nicaragua, 16 de mayo, 1983, pág. 3.

- (17) Joaquín Solís Piura, "La Crisis del Capitalismo y la Salud en Nicaragua", en, *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, San José, Costa Rica, Núm. 21, ene-abr, 1982, pág. 47.
- (18) *Primera Proclama del Gobierno de Reconstrucción Nacional*, algún lugar de Nicaragua, 18 de junio, 1979, Mimeo, pág. 8. •
- (19) Adolfo Gilly, *La Nueva Nicaragua...*, op. cit., pág. 26.
- (20) *Ibidem*, pág. 105.
- (21) "El Instituto Centroamericano de Administración de Empresas calculaba en 1978 que para principios de 1979 el desempleo podía alcanzar, en la ciudad de Managua, a un 40% de la población económicamente activa". *Ibidem*, pág. 86.
- (22) *Ibidem*, pág. 107.
- (23) Periódico *Barricada*, *Parlamento de Masas*, discurso pronunciado por el Comandante Carlos Núñez, Presidente del Consejo de Estado, en la inauguración del III Período del Consejo de Estado, Managua, Nicaragua, 5 de mayo, 1982, pág. 11.
- (24) Periódico *Barricada*, *Consejo de Estado: forjador del nuevo orden jurídico revolucionario*, discurso pronunciado por el Cdte. Carlos Núñez, Managua, Nicaragua, 6 de diciembre, 1980, pág. 3.
- (25) Curso sobre la problemática actual, op. cit., pp. 115-116.

- (26) Ibidem, pág. 160.
- (27) Ibidem, pág. 149.
- (28) Carlos Marx, "Glosas Marginales al Programa del Partido Obrero Alemán - Crítica del Programa de Gotha", en Carlos Marx y Federico Engels, *Obras Escogidas en Dos Tomos*, Tomo II, Editorial Progreso, Moscú, 1975, pág. 24.
- (29) V.I. Lenin, *Las tareas inmediatas del poder soviético*, editado en el Centro de Publicaciones de la Secretaría Nacional de Propaganda y Educación Política del FSLN, Nicaragua, 1980, pág. 6.
- (30) Textualmente, así planteaba Lenin esta cuestión: "Si qui siéramos hoy continuar expropiando al capital al ritmo anterior, sufriríamos sin duda, un fracaso, puesto que nuestra labor en el terreno de la organización de la contabilidad y del control proletarios *se ha retrasado* a todas luces (...) de la labor *directa* de expropiadores", Ibidem, pág. 8.
- (31) Ibidem, pág. 9.
- (32) Cornelius Castoriadis, *¿ que significa o Socialismo*, Editora Fantasma, Porto Alegre, Brasil, agosto, 1981, pág. 27.
- (33) V.I. Lenin, *op. cit.*, pág. 21.
- (34) Enrique González Rojo, "En torno al concepto de proceso de transición", en, *Revista Iztapalapa*, Núm. 1,

Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, México,
1979, pp. 3-4.

(35) "Debese denunciar sin concesiones la confusión introducida a este respecto por Trotsky y los troskistas, mediante la inserción de un número creciente de 'sociedades de transición' entre el capitalismo y el socialismo (Estados obreros, Estados obreros degenerados, Estados obreros muy degenerados, etc.). El resultado final de esta confusión es fornecer justificaciones para la burocracia y mistificar los trabajadores convenciendoles de que ellos pueden ser, al mismo tiempo, la 'clase dominante' y por lo tanto explotados y oprimidos sin piedad. Una sociedad en la cual los trabajadores no son la fuerza social dominante en el sentido propio y literal del término no es, y jamás podrá ser, una sociedad de transición' para el socialismo o comunismo". Cornelius Castoriadis, *op. cit.*, pág. 24.

(36) Enrique González Rojo, *op. cit.*, pp. 4-5.

CAPITULO IV. HACIA UN ANALISIS COMPARATIVO QUE PERMITA DIFERENCIAR: LA SALUD EN DOS MOMENTOS DE LA HISTORIA DE NICARAGUA (EL DEL SOMOCISMO Y EL DEL SANDINISMO).

Introducción

En este capítulo que constituye el núcleo central de este trabajo, presentaré las principales características del quehacer en salud en los dos períodos enunciados: el del somocismo y el del sandinismo.

En el primer apartado mostraré como se organiza el sistema de salud; en el primer momento a través de la descripción del conjunto enmarañado de instituciones sanitarias que lo forman y en el segundo momento a través de la caracterización del Sistema Nacional Unico de Salud (SNUS).

El segundo apartado de este capítulo plantea las políticas estatales a nivel general y particular, es decir, las políticas sanitarias. Esto tiene como objetivo evidenciar, a nivel del discurso, la forma como ambos regímenes asumen la extensión de cobertura (EC) en la política de SPT 2000.

Posteriormente desglosaré las actividades que giran en torno a la APS, tratando básicamente de presentar los planes y programas a ella referidos. En este mismo apartado trataré de caracterizar la PPS. El objetivo de este apartado es observar las propuestas técnicas que giran en torno a la SPT 2000.

Finalmente resumiré la producción realizada en los servicios sanitarios estatales con la finalidad de evidenciar en que medida el discurso y las propuestas técnicas se reflejan en la realidad, a partir de hechos concretos.

Ahora bien, la aclaración metodológica que hay que hacer es que, dado el carácter empírico del contenido, este capítulo resulta ser particularmente descriptivo. Sin embargo, a lo largo de las descripciones comparativas entre lo hecho por el somocismo y lo hecho por el sandinismo en términos de salud, trataré de introducir algunos juicios personales y de adelantar algunas conclusiones preliminares. De cualquier manera, esta parte del estudio tiene su contraparte y su complemento en los capítulos II y III, y para no perder la riqueza de la información empírica dejo fluir descripciones, ya que el capítulo de las conclusiones servirá para sintetizar lo conceptual y lo empírico, para cerrar el proceso dialéctico que interrelaciona el dato con la teoría y la teoría con el dato.

1. La Organización de los Servicios

1.1. El período somocista

Para que podamos ubicar mejor y entender el proceso de gestación y organización de los servicios sanitarios en este período, es recomendable que hagamos un breve recorrido histórico sobre la atención y organización sanitarias, recorrido que empieza a finales del siglo pasado y principios del actual y culmina cuando la RPS se encuentra a las puertas del triunfo. Este largo espacio histórico-temporal se divide en tres gran-

des fases:

- La primera de ellas, la fase colonialista y de caridad como la llaman los "nics", tenía como característica principal la atención por parte de religiosas, atención que era dirigida a las clases subalternas. Por otro lado la burguesía, en ese entonces y como ocurre hasta hoy en día, recibía atención médica privada.

- Luego sigue la época semi-colonial en la estructura social y económica del país. En esta segunda etapa, que se prolonga hasta el año de 1957, el Estado empieza a intervenir muy tímidamente en la atención médica y social, y es en este período cuando se crean las Juntas Locales de Asistencia y Previsión Social, encargadas de prestar dicha atención. Las personas que allí trabajaban, al principio bajo la forma de patronatos o gremios que fueron la base de creación de las juntas, eran por lo general, voluntarios de las clases dominantes. Esos voluntarios prestaban atención principalmente a los "indigentes", quedando los trabajadores de la ciudad y del campo al margen de tal intervención; es decir, siguieron en el olvido, una vez que el país todavía no llegaba a su fase de "crecimiento económico" propio de la época industrial. Por otro lado las clases dominantes seguían gozando de la tranquilidad de los que recibían atención médica más calificada.

- Finalmente llegamos a la tercera etapa de nuestro cronograma. Hagamos un retroceso en el tiempo y remitámonos al año de 1957. Este es el año de la creación del Instituto Ni-

caraguense de Seguridad Social (INSS), vale decir, creación que se dá setenta años después que en Alemania se dicta la primera Ley de Seguros de Enfermedad. (1) Era el Estado quien, marcando cada vez más su presencia en la reproducción del sujeto social, daba una respuesta a las necesidades más inmediatas de un capital que crecía y se industrializaba. Y es que, Nicaragua en la década de los años 50 daba inicio a un incipiente proceso de desarrollo industrial, fundamentado principalmente en el sector algodonero. "Para 1957, la racionalidad del sistema empuja a crear una estructura de salud nueva y que responda a las necesidades de reproducción y reparación de la fuerza de trabajo que demanda (el) capital industrial; surge así el concepto de Seguridad Social vinculado estrechamente a aquellas áreas en donde la fuerza de trabajo es más especializada, y resulta más difícil y costosa sustituir".(sic) (2) Esto explica la intervención más definida por parte del Estado en las instituciones encargadas de la práctica social de la medicina.

Ahora bien, esta información da pauta para que veamos la historia de forma unilateral pues si bien por un lado, tenemos que la búsqueda de racionalidad por parte del sistema hace que sea creado el INSS para responder a una necesidad del capital, por el otro no debemos olvidar la posible presencia de los trabajadores en su lucha por la prestación de servicios. Aunque no se tienen datos para comprobar este planteamiento, a manera de hipótesis, podríamos pensar que detrás de este proceso de creación de la seguridad social, también existía una

cierta presión por parte de los trabajadores; en tanto hay la necesidad objetiva de recibir alguna atención y sus antecedentes reales en otros países.

Esta evolución de los servicios y de la ingerencia estatal en la salud generó la forma de organización sanitaria que durante el período somocista se encargaba de la prestación médica y social. En ese entonces, más de veinte instituciones operaban, de forma simultánea y desordenada, en la prestación de los servicios sanitarios. Cada una funcionando por su lado, bajo una concepción asistencialista de la medicina y distribuidas desigualmente a lo largo del país, formaban una red poco clara de organización sanitaria. Estas eran las instituciones que existían y que fueron creadas con el surgimiento del INSS:

a. Un sistema asistencial constituido por las Juntas Locales de Asistencia Social (JLAS) en número de 19 y una Junta Nacional de Asistencia Social (JNAS). Estas instituciones prestaban asistencia a nivel hospitalario y de consulta externa a los "indigentes", asistencia de tipo caritativo y paternalista. Se estima que su cobertura era de un 32%, pero, legalmente les correspondería cubrir al 100% de la población.⁽³⁾

b. Un Ministerio de Salud Pública (MSP) que se dedicaba a las actividades preventivas, con énfasis en inmunizaciones, control de la malaria y tuberculosis. Otra de sus actividades principales giraba en torno a la preparación y organización de los líderes comunales. La cobertura estimada era del 40 al 60%.⁽⁴⁾

c. Un Hospital Militar.

d. El Sistema de Seguro de Salud -INSS- con las características de un seguro social de tipo tradicional, que se limitaba a atender apenas al 10% de la población total del país, que en función de su inserción en la producción estaba distribuida de la siguiente manera:

CUADRO IV.1. Estructura de la población asegurada por actividad económica (1978) y su comparación con la población económicamente activa (PEA) por actividad económica (1979), Nicaragua.

Actividad económica	Porcentaje asegurados	Porcentaje PEA*
Primaria	2.7%	42.0%
Secundaria	28.0%	16.3%
Terciaria	66.0%	37.7%
No precisa o inactivo	3.3%	4.0%
Total	100%	100%

Cuadro elaborado en base a:

- a) Anuario Estadístico INSS, Boletín Demográfico, no. 4, 1978; citado por MINSA, *Salud: políticas, logros y limitaciones*, Nicaragua, 1980, pág. 18.
- b) Dirección de Planificación Nacional, *Políticas Globales Contenidas en el Plan de Reconstrucción y Desarrollo 1975-1979*, Nicaragua, 1978, pág. 42.

* Estos datos, según la fuente original, fueron producto de la proyección de la PEA para 1979 tomando a 1974 como año base.

Como podemos observar en el Cuadro IV. 1, el seguro de salud no estaba dirigido a los sectores económicamente más importantes; para los trabajadores del sector primario y secundario apenas y les correspondían en 2.7% y un 28.0% respectivamente. A manera de hipótesis de trabajo podríamos decir que había un relativo uso político del otorgamiento de servicios por parte del INSS principalmente al sector terciario porque servía para incrementar (entre el terciario mismo y la sociedad civil) el consenso que el somocismo estaba perdiendo. Hay que hacer notar que entre los años de 1974 y 1979 hubo un incremento del 79.4% en los trabajadores del sector terciario, la base de sustentación del Estado de donde extraía el somocismo los elementos necesarios para sus órganos represivos. De acuerdo a las mismas fuentes, el crecimiento de los sectores primario y secundario en este mismo período 1974-1979, fué de 16.5% y 19.4% respectivamente.

Si bien no participa directamente como institución estatal, la medicina privada tenía un cierto vínculo con aquella por el hecho de que utilizaba los hospitales públicos para atender a sus pacientes. Es decir, el apoyo hospitalario a los médicos que trabajaban en forma "liberal" o privada y que atendían básicamente a los enfermos de las clases dominantes, estaba dado por las Juntas Locales, y como si esto no bastara, en áreas del hospital en donde se concentraban los mejores equipos y la mejor atención. Los "otros" enfermos, los que pertenecían a las clases dominadas o los que no podían pagar los altos honorarios exigidos por los médicos privados, se

ubicaban en las salas generales de estos mismos hospitales, que más que salas dignas para la estancia de los enfermos, eran "... verdaderas antesalas de muerte, salas de experimentación en donde los futuros médicos privados se entrenaban con los enfermos, víctimas de abusos institucionalizados de todo tipo, incluyendo cobros ilegales que realizaban los médicos, hasta un permanente desprecio por la vida humana ..."(5)

Era bajo esta forma de organización que se prestaba la atención sanitaria en la Nicaragua del período somocista. Sin embargo, a partir del momento en que el Estado asume la política recomendada en la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, llevada a cabo en Santiago de Chile - - (1972), se empiezan a introducir reformas en el sentido de ampliar la cobertura de los servicios. Es ese el momento en que se crea el Consejo Nacional de Salud, presidido por el Ministro de Salud, en donde participan las JLAS, la JNAS y el INSS, o más bien las autoridades máximas de dichas instituciones. Los objetivos de este consejo son los de dictar las políticas y las estrategias sanitarias tanto como planificar, coordinar e incrementar los programas de salud de las diferentes instituciones.

Y siguieron las reformas, reprogramaciones, redefiniciones, reestructuraciones, etc., etc. De ahí que se reelaboraron programas antiguos y se estructuraron nuevos. Citaré algunos de ellos a continuación, aclarando que será en el apartado 3 de este capítulo donde recibirán un análisis más cuidadoso:

- Plan Nacional de Saneamiento Básico Rural (PLANSAR);
- Programa Rural de Acción Comunitaria en Salud (PRACS);
- Programa de Unidades Móviles para Areas Rurales (PUMAR);
- Creación del Instituto Nicaraguense de Recursos Humanos (INRHUS)

Las reformas también originaron el establecimiento de niveles de atención, los cuales quedaron así definidos:

Nivel Primario de Atención.- La unidad operativa sería el Puesto de Salud que debería hacerse cargo de las siguientes actividades:

- a. Promoción de salud y desarrollo comunitario;
- b. Protección de la salud: inmunizaciones y mejoramiento del medio ambiente;
- c. Fomento de la salud: control materno-infantil, pre-escolar y nutrición;
- d. Recuperación de la salud: atención sintomática y referencia de pacientes.

Nivel II.- La unidad operativa sería el Centro de Salud. En el que se llevarían a cabo los diferentes programas de salud dirigidos a las personas y al mejoramiento del medio ambiente.

Nivel III.- La unidad operativa sería semejante al Centro de Salud, ubicada en la cabecera departamental, en donde se deberían desarrollar los programas de salud dirigidos a las personas para la atención hospitalaria y al medio ambiente.

Nivel IV.- El Hospital Regional sería su unidad operativa, en donde se prestaría asistencia de salud de tipo integral, principalmente en salud materno-infantil, en nutrición e inmunizaciones. Se encargaría de las consultas externas e internación de corta estancia en las cuatro especialidades básicas.

Nivel V.- Formado por varias unidades: la Oficina Nacional de Salud (sede del Consejo Nacional de Salud), el Hospital Nacional y el Centro de Salud de su área de influencia integrado al Hospital Nacional. La atención en este nivel, en relación a los anteriores, sería más especializada.

Sin embargo, las reformas planteadas bajo el "nuevo enfoque", como lo denominaban los tecnócratas sanitarios somocistas, se quedaron en el papel, se quedaron en el cajón de la historia como algo que nunca llegó a realizarse, y el país sobrevivió algunos años más con un sistema sanitario caótico. El INSS no rebasó los escasos 10% de cobertura, la cual fue otorgada principalmente a los trabajadores del terciario (¿burocratas y militares del estado somocista?). Las Juntas de Asistencia nunca llegaron a su meta del 76% de cobertura para la población rural; antes de que el triunfo de la revolución le sorprendiera apenas y llegaban a un 40%.⁽⁶⁾

Todos esos largos años de convivencia con tal multiplicidad de instituciones generó inevitablemente problemas, tales como: multiplicación desordenada de los recursos; visión fragmentada y parcializada de su realidad sanitaria con imposi

bilidad de conocer datos básicos y primarios como son la morbi-
-mortalidad; atención médica insuficiente e inadecuada, etc.,
etc. Todo esto, sumado a otros problemas propios de la dicta-
dura -pésimas condiciones de vida, alto índice de analfabetis-
mo, precarias condiciones de saneamiento, etc., etc.- se re-
fleja a final de cuentas en la esperanza de vida y en el per-
fil de morbilidad y mortalidad que heredó la revolución.

Sin embargo, antes de presentar los escasos datos
existentes, plantearé de acuerdo con José Carlos Escudero que:
"La real situación de salud de Nicaragua puede solamente esti-
marse. El enorme subregistro de hechos vitales, la baja co-
bertura de los sistemas de atención médica, el desinterés somo-
cista en registrar hechos sociales embarazosos -tales como la
desnutrición- hacen que se ignore gran parte de los problemas
de salud nacional. Sin embargo, haciendo uso de varias fuen-
tes, puede armarse un rompecabezas del cual surge una imagen
del verdadero genocidio sanitario".⁽⁷⁾ Vayamos a ellos:

Esperanza de vida al nacer

En las mujeres, en el año de 1977, se estimó que la
esperanza de vida era de 57 años y en los hombres, para el mis-
mo año, de 54 años.⁽⁸⁾ De 23 países del continente americano
Nicaragua, después de Haití y Bolivia, encabeza la lista de
los países con más baja esperanza de vida.*

* Ver anexo 9

Mortalidad

- a) Tasas Brutas de Mortalidad (TBM).- Las TBM miden el número de muertes registradas en relación con la población.

Nicaragua, para el año de 1977 presentaba una TBM de 5.4,⁽⁹⁾ dato que es dudoso, principalmente si lo comparamos con México, EUA y Guatemala*. La OMS/OPS señala que dos factores son importantes al analizar la TBM: la integridad del registro de defunciones y la distribución de la población por edad, Nicaragua carecía de sistema de registro adecuado de defunciones, principalmente en la zona rural, hecho que apunta a la poca fidedignidad del dato.

Pero, para el año de 1979 la tasa de defunción por 1,000 habitantes arroja la mayor cifra de todos los países del continente: el 12.2** situación que se explica por el asesinato de miles y miles de nicaraguenses por la Guardia Nacional. El exterminio indiscriminado del pueblo alcanzó su período más sangriento precisamente cuando el Estado somocista empezó a debilitarse más y más (entre 1977-1979) y para mantenerse en el poder utilizaba sin ninguna cortapisa toda la coersión que podía desplegar desde su ejército.

* Ver anexo 10

* Ver anexo 11

b) Mortalidad por causa.

Nos encontramos en el cuadro IV.2 que la primera causa de muerte en Nicaragua estaba clasificada en el rubro "síntomas y estados morbosos mal definidos", es decir, no se sabía de que morían los nicaraguenses. Hablar de síntomas y estados morbosos mal definidos es como hablar de indefinición y duda en relación a los registros. Esto refleja la poca seriedad y preocupación con que se registraban los motivos de las defunciones, pero refleja principalmente la escasez de cobertura y por ende las defunciones con certificación médica.

Las neumonías, que por lo general en países como Nicaragua, ocupan los primeros lugares, en Nicaragua ocupa el séptimo lugar entre las diez primeras causas de muerte. El motivo probablemente sea el mismo del anterior, es decir, el sistema de registro inadecuado y la baja cobertura sanitaria.

Rubro "operaciones de guerra" e "intervención legal" ocupando el cuarto lugar en las causas de defunciones. Año 1977, cuando las ofensivas armadas guerrilleras empezaban a hacerse más fuertes y el debilitamiento de la dictadura más evidente, las causas de muerte por operaciones de guerra e intervención legal pasan a ocupar lugar de destaque en el listado de las diez primeras causas de defunción.

CUADRO IV.2. Diez principales causas de muerte* con tasa bruta por 100,000 habitantes

Nicaragua - 1977

Causa de defunción	Número	Tasa Bruta
Todas las causas	12 492	540.5
1 Síntomas y estados morbosos mal definidos (780-796)	3 367	145.6
2 Enteritis y otras enfermedades diarréicas (008, 009) ‡	1 702	73.6
3 Otras formas de enfermedades del corazón (420-429)	1 159	50.1
4 Homicidio, intervención legal y operaciones de guerra (E960-E978, E990-E999)	693	30.0
5 Los demás accidentes (E800-E807, E825-E949)	538	23.3
6 Otras enfermedades del resto del aparato digestivo (520-577)	449	19.4
7 Neumonía (480-486)	442	19.1
8 Enfermedades cerebrovasculares (430-438)	441	19.1
9 Tumores malignos (140-209)	395	17.1
10 Accidentes de vehículos de motor (E810-E823)	394	17.0

Cuadro elaborado en base a: OPS/OMS, *Las condiciones de salud en las Américas, 1977-1980*, Publicación Científica No. 427, Washington, D.C., EUA, 1982.

* Los datos están presentados de acuerdo a la Octava Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE).

CUADRO IV.3. Porcentaje de distribución de las defunciones en niños según determinado grupo de causas^(*) en cuatro países

PAIS	Año	A	B	C	D	E	F
NICARAGUA	1977	10.2	36.5	2.1	14.4	0.7	0.2
GUATEMALA	1978	21.7	19.2	29.1	10.6	(**)	0.1
MEXICO	1976	30.1	25.3	17.3	6.9	2.0	0.2
CUBA	1978	14.2	8.7	43.1	6.9	(**)	0.4

Cuadro elaborado en base a: OPS/OMS, *Las Condiciones de Salud en el Mundo 1977-1980*, Publicación Científica No. 427, Washington, 1982.

(*) Los grupos de causas están definidos como sigue:

- A- causas relacionadas con el aparato respiratorio, excepto tuberculosis;
- B- causas relacionadas con el aparato digestivo, incluyendo enfermedades infecciosas y parasitarias;
- C- mortalidad peri-natal;
- D- enfermedades infecciosas y parasitarias;
- E- accidentes y otra violencia;
- F- tumores;
- G- todas las demás enfermedades, excepto los estados mal definidos;
- H- estados morbosos mal definidos y causa desconocida.

(**) Se incluye en el grupo G.

CUADRO IV.4. Porcentaje de distribución de defunciones en niños de determinados grupos de causas^(*) en cuatro países lat

PAIS	Año	A	B	C	D	E	F
NICARAGUA	1977	9.5	31.0	-	19.7	4.4	0.7
GUATEMALA	1978	19.6	31.6	-	22.2	(**)	0.3
MEXICO	1976	24.0	26.1	-	16.8	7.7	0.9
CUBA	1978	20.5	6.3	-	6.1	(**)	8.4

Fuente: Ibidem.

(*) Los grupos de causas son los mismos del cuadro anterior.

(**) Se incluye en el grupo G.

c) Mortalidad Infantil (MI)

La MI en 1979 alcanzó el 149 por 1000 niños nacidos vivos. En el año de 1975 las defunciones de los niños representaban un 32% de la mortalidad general.⁽¹⁰⁾

Es de hacer notar que en los cuadros IV.3 y IV.4, éstos cuatro países latinoamericanos con regímenes sociales diferentes entre sí, muestran un patrón similar en las causas de mortalidad infantil y preescolar a excepción de Cuba. En los otros tres, se ve claramente como dentro de las tres primeras causas de muerte (excluyendo los estados morbosos mal definidos y las causas desconocidas) predominan las infecciosas, lo que nos hablaría de las deficiencias en cuanto a lo que saneamiento ambiental se refiere. A pesar de lo anterior notamos grandes diferencias numéricas entre ellos aún considerando el subregistro, el cual se hace más evidente si analizamos la mortalidad perinatal, que en el caso específico de Nicaragua es demasiado baja (2.1%), principalmente si la comparamos con la mostrada por Cuba (43.1%). Hecho que se podría explicar tanto por el sub-registro de muertes perinatales y de nacimientos como por la baja cobertura de los servicios sanitarios en Nicaragua.

De acuerdo a varios autores, existe evidencia de que los datos son subestimados. Ya desde 1973 la US Department of Health Education and Welfare indicaba que en Nicaragua solo la mitad de las muertes que ahí ocurrían habían sido reportadas, apenas el 48% de las muertes tenían certificación médica.⁽¹¹⁾ Por otro lado la Unidad de Análisis del Sector Salud de Nicaragua planteaba en 1976 que "la tasa global de mortalidad en

Nicaragua 1970-1979 es de 13.8%, lo que implica un número anual de defunciones de alrededor de 28,600, en contraste con las 11,800 registradas, con un déficit de registro de 59%.⁽¹²⁾ Finalmente otro autor opina que todo esto implica, al final de cuentas, que solo el 25% de las causas de los fallecimientos están reportadas profesionalmente. "De esta forma, toda estructura de causas de muerte que se publique es una aproximación sesgada a la real mortalidad nacional, en la que se encuentran muy sobrepresentadas las muertes de los niños, las muertes rurales, y las muertes por desnutrición".⁽¹³⁾

Así, tenemos que en estos mismos cuadros brilla por su ausencia la desnutrición, principalmente si tomamos en cuenta que el promedio nacional fué de 67.8% según los registros oficiales. Y brilla por su ausencia por dos motivos; el primero de ellos es que en la misma Clasificación Internacional de las Enfermedades no se incluye a la desnutrición como causa de muerte. El segundo es debido a la visión tecnicista de los trabajadores sanitarios que les impide ver a la desnutrición como la causa básica de muerte, cuando esta viene acompañada de otra enfermedad que lleva consigo a un agente patógeno "x" susceptible de ser tratado medicamente.

d) Mortalidad Materna (MM)

La MM en el año de 1970, según datos hospitalarios, arrojó una cifra de 137 por 100.000. Sin embargo según datos de USAID de 1976 la MM del área rural llegó a alcanzar la cifra de 280 por 100,000.⁽¹⁴⁾

Morbilidad

Sobre la morbilidad, una vez más, y previamente a la presentación de los mínimos datos existentes me remito a José Carlos Escudero que dice: "Básicamente se ignora la morbilidad en Nicaragua. Un país que carece de encuestas de morbilidad, que ha efectuado poquísimas encuestas de nutrición, y cuyo sistema de atención médica tiene una cobertura de población que es absolutamente insuficiente, es la vez un país que no puede conocer con exactitud las enfermedades que lo afectan". (15)

En el caso específico de la desnutrición, se llegó a estimar, en el período de la dictadura, en un total de 67.8% como promedio de todo el país. Sin embargo, se supone que en el área rural sobrepasó el 80%. (16)

Para presentar los datos en forma más detallada se muestra el cuadro IV,5.

No es costumbre de la epidemiología tradicional evidenciar la distribución de las muertes o de las enfermedades de acuerdo a las clases sociales, lo que constituye una seria limitación para el análisis de los datos. Teniendo en la mano resultados de un estudio de desnutrición realizado en Nicaragua en 1966 en base a criterios clasistas, y no presentarlos, sería una grave abstención. Es por esto que, mismo no siendo actual el estudio, presentaré sus resultados en relación a la ingesta de proteínas y calorías. El estudio revela que "el consumo per cápita del 50% de la población de clase baja rondaba en 1.767 calorías y 466 gramos de proteínas por día. Mien

CUADRO IV. 5: Estado nutricional sobre la base del peso y talla en niños de 0-5 años. Nicaragua, 1966-1975

Tamaño de la muestra	Normales	Estado nutricional porcentajes (*)		
		Grado I	Grado II	Grado III
723	43.4	41.9	13.2	1.5
1 500	43.4	45.3	10.1	1.3
156 (**)	17.0	45.5	29.5	8.3
1 102 (**)	31.3	46.0	18.9	3.7
42 (**)	37.8	37.8	20.0	4.4
2 400 (**)	37.0	36.0	23.0	4.0

Cuadro elaborado en base a: Unidad de Análisis del Sector Salud, *Evaluación del Componente Nutricional dentro del Sector Salud*, diciembre de 1975.

(*) Grados de nutrición:

I - cuando el niño pesa 75% a 90% de lo que le correspondería para su edad;

II - cuando el niño pesa 60% a 75% de lo que le correspondería para su edad;

III - cuando el niño pesa menos del 60%

(**) Muestras de la zona rural.

tras tanto el consumo per capita de la clase alta rondaba en 3.931 calorías y 111.9 gramos de proteínas".⁽¹⁷⁾

Es así que, si evaluáramos la desnutrición en función de su distribución por clases sociales, el índice de 67.8% se encontraría, probablemente, subestimado para las clases dominadas.

De la desnutrición pasemos a las enfermedades infecto-contagiosas.

Se consideró que las tasas de tuberculosis y parasitosis eran elevadas. (45.400 casos de parasitosis reportados en 1976).⁽¹⁸⁾ Que el paludismo en el año de 1970, pese al registro oficial incompleto, contó con 27.260 casos.⁽¹⁹⁾ Y que dentro de las enfermedades transmisibles que más acometieron a la población estuvieron: la tuberculosis, malaria y leishmaniosis; la primera más frecuente entre los mineros y la última se distribuyó más en las regiones montañosas y en el norte del país.

Como vemos la situación que la revolución en el poder heredó del somocismo es drástica. Hagamos hincapié en algunos de los principales problemas sanitarios.

- altas tasas de mortalidad, principalmente infantil;
- índices de desnutrición elevadísimos;
- altas tasas de mortalidad provocadas por enfermedades infecciosas transmisibles y prevenibles por vacunación;
- baja esperanza de vida al nacer;
- atención médica insuficiente e inadecuada llevada a cabo en instalaciones insuficientes e inadecuadas;
- desorden proveniente de la inmensa gama de instituciones que operaban cada cual por su lado.

Pero, la respuesta de la JGRN fué inmediata. Bajo el principio de que el hombre es un ser totalitario e integral se revoluciona todo el sector sanitario. La construcción y organización de un nuevo sistema de salud fué la primera preocupación en el área sanitaria para dar solución a los problemas plantea

dos anteriormente. Fué el primer paso revolucionario para hacer efectivo uno de los objetivos generales del área social enunciado en la Primera Proclama de la JGRN: *el derecho a la salud*.

Estas fueron las razones por la cual se procedió de inmediato (en 8 de agosto de 1979), por parte de la JGRN, a la creación del Sistema Nacional Unico de Salud (SNUS).

Aquí damos entrada al segundo período de este estudio empezando por la definición del SNUS.

‡

1.2. *El periodo de la revolución en el poder*

"El Sistema Nacional Unico de Salud es la organización que une los distintos servicios básicos de atención a la salud en Nicaragua, con la finalidad de brindar una atención preventiva junto a la atención curativa, dirigida tanto al individuo como a su familia, para lograr en estos su bienestar físico, mental y social y prolongar su vida con acciones de fomento, protección y rehabilitación". (20)

La JGRN en el decreto de creación del SNUS, define como prioridad del programa revolucionario elevar el nivel de salud y de bienestar del pueblo nicaraguense. Este objetivo puede ser logrado a través de la organización de los servicios básicos de salud (SBS) como un elemento fundamental que forma parte del conjunto de medidas del quehacer revolucionario en salud. Esto es reflejo de una concepción de la salud dis-

tinta a la concepción tradicional en donde se plantea que el aumento en el consumo de los servicios por si mismo es insuficiente para que el nivel de salud sea mejorado. El fundamento ideológico principal reside en que la salud es "... parte de las condiciones generales de vida, indisolublemente ligada a todo el movimiento de desarrollo de los cambios cuantitativos y cualitativos de toda la sociedad nicaraguense". (21)

Pasemos ahora a definir que se entiende por SBS y las acciones que debe realizar:

Con relación al concepto de SBS: "está expresado por las acciones que comienzan con la atención preventiva hacia el individuo y su familia, tendientes a proporcionarles bienestar físico, mental y social, y a prolongar su vida con acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. Los SBS brindarán atención planificada, con permanente intención educativa, integrando las acciones preventivas con las curativas. Sus objetivos, no solamente están dirigidos a satisfacer las demandas de la comunidad, sino fundamentalmente a cubrir necesidades, muchas veces no sentidas por la población. Los programas de atención a la mujer y al niño están priorizados, así como a los trabajadores, productor fundamental de las riquezas del país". (22)

Las acciones de los SBS sobre las cuales se pondrán énfasis son:

- Educación para la salud;
- Prevención específica y general como: inmunizaciones, sa-

neamiento ambiental, protección contra riesgos ocupacionales, diagnóstico precoz de la malaria, tuberculosis, enfermedades profesionales venéreas y las prioritarias de cada región;

- Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más frecuentes.

Los cambios implementados a partir del triunfo de la RPS son dignos de tomarse en cuenta, representan un avance indudable. Pero, para evaluar mejor estos cambios presentaré los elementos de la nueva organización sanitaria de este período, de los cuales rescato los más importantes; ellos son: los principios que rigen el SNUS, su estructura y el principio de la regionalización. Al final de este apartado estableceré la ubicación del INSS y el papel que juega como institución perteneciente al MINSA.

En relación a los principios fundamentales que rigen el SNUS tenemos que:

- a) *La salud es un derecho de todos y una responsabilidad del Estado.*- en la práctica esto quiere decir que todos los nicaraguenses tienen acceso a los servicios sanitarios, sin que haya distinción de credos, de razas, de edad, de clase social, etc., etc., sin que haya concesiones o privilegios a nadie. Quiere decir también que el financiamiento al SNUS se hace con los recursos del Estado.
- b) *Los servicios sanitarios deben ser accesibles a toda la población.*- se plantea que la accesibilidad es garantizada a partir de la extensión de cobertura a todos los rincones

del país. Dicha accesibilidad comprende cinco aspectos:

- geográfico: el cual se obtiene a través de la extensión de cobertura en el campo y en la ciudad.
- legal: la legislación existente garantiza el derecho de la población para usar los servicio, sin ninguna discriminación de ningún orden.
- económico: la prestación de los servicios, en sus diferentes niveles, es gratuita, es decir, las limitaciones de tipo económico no existen.
- cultural: la accesibilidad cultural se hace más efectiva a partir de la alfabetización.
- político. (sic).

c) *Los servicios de salud tienen carácter integral.*- esto quiere decir que los servicios deben prestar atención a las personas sanas o enfermas y al medio. La atención a las personas incluye actividades de promoción, protección, recuperación y rehabilitación, priorizando las actividades preventivas y educativas. La atención al medio incluye las actividades de protección e higiene ambiental y todo lo que se refiere a crear mejores condiciones sociales para el buen desarrollo del hombre.

d) *El trabajo debe realizarse en equipo.*- este principio se origina de la concepción de que la consulta médica por sí sola es incapaz de incidir favorablemente sobre las condiciones de salud. Lo que se plantea es la labor cooperativa de un equipo de personas de varias disciplinas, que in-

ciendo conjuntamente en las acciones de salud, en los individuos y en la sociedad, propicien cambios en las condiciones de vida de su pueblo.

- e) *Las actividades de salud son planificadas.*- La planificación de las actividades de salud deben aterrizar en planes y programas de largo, mediano y corto plazo. Este principio de planificación está de acuerdo con la concepción de que las acciones espontáneas en salud resultan negativas.
- f) *La comunidad debe participar en todas las acciones del SNUS.*- la estructuración y consolidación del sistema de salud solamente puede ser lograda a partir de la participación de las masas organizadas. El planteamiento es general, pero válido como enunciado de principios, principalmente al ser ilustrado por lo que sigue: "Todo proceso revolucionario promueve, descansa y se fortalece en un gigantesco movimiento de masas. La participación activa de las masas populares en todas las tareas que se desarrollan en el marco del proceso revolucionario, es una constante en las transformaciones iniciadas en 1979 en nuestro país".⁽²³⁾

La estructura del SNUS obedece la organización en niveles así caracterizados:

Nivel Central - tiene bajo su responsabilidad los siguientes servicios:

Hospitales Nacionales

Laboratorio Central de Medicina Preventiva

Unidades Nacionales de Formación de Recursos

Humanos

Otras Unidades Nacionales

Nivel Regional - tiene bajo su responsabilidad los siguientes servicios:

Hospitales Regionales

Laboratorios Regionales de Medicina Preventiva

Unidades Docentes Regionales de Formación de Recursos Humanos

Otras Unidades Regionales

Es importante señalar que si bien se tenían establecidos los niveles, la red de referencia de las unidades de APS con los niveles central y regional todavía no estaban claramente definidas. La solución a este problema se buscó en la profundización de la regionalización (aspecto que trataré más adelante) creando el nivel de Área de Salud.

Nivel de Área de Salud - el nivel de área de salud cuenta con una población de 20 a 30 mil habitantes y debe tener límites geográficos precisos. Es el instrumento y célula fundamental del SNUS, la puerta de entrada al sistema sanitario. El área de salud, para efectos de implementación de la EC, está dividida en sectores, cada sector cuenta con una población de 3 a 4 mil habitantes. Los archivos del área de salud estarán clasificados de acuerdo a la ubicación de las viviendas en ella, permitiendo así mayor efectividad en la recolección de datos y en el control epidemiológico.

Para atender el programa de EC creado por el MINSA, en febrero de 1980 se diseñaron los Centros de Salud -unidad básica del SNUS que tiene bajo su responsabilidad un área administrativa de la región de salud- diferenciados en dos tipos de unidades:

Centro de salud rural con camas

Centro de salud urbano sin camas

El centro de salud es el espacio físico donde se prestará atención integral de carácter primario o secundario en el área de salud. Recibirá apoyo de los puestos de salud que dependen del centro de salud de su área.

Los puestos de salud prestan atención primaria solamente y están localizados en los sectores de salud.

El SNUS así estructurado permitirá que se lleve a cabo una mejor atención a la comunidad. Sin embargo, cuando se presentan soluciones a determinados problemas, otras contradicciones surgen, y el SNUS, siguiendo este principio histórico-social general, al resolver el problema de la desarticulación y dispersión que caracterizaban a la organización de los servicios sanitarios de la dictadura, genera otro problema: la centralización. La solución a esta contradicción se busca en la regionalización. De ella nos ocuparemos ahora.

Regionalizar para descentralizar tanto técnica como administrativamente. Regionalizar para crear niveles de atención y para proporcionar un mejor acceso a los servicios de acuerdo a las ~~condiciones~~. Regionalizar para mejor atender a la población, bajo una organización coherente y eficaz. Para

que estos principios pudiesen ser implementados, se tuvo necesariamente que pasar por una etapa previa de definición de algunos elementos tales como: el tamaño de la región, la distancia de los servicios de salud a la comunidad y la autosuficiencia. Profundicemos en ellos.

En primer instancia se definió que la región de salud debería ser la expresión cotidiana de los hábitos y actitudes de sus moradores y que para delimitar una región habría que tomar en cuenta el flujo de desplazamiento de las personas, en su quehacer diario. En relación a los aspectos económicos se planteó que lo que caracteriza una región son los intereses comunes de producción y consumo. Podemos observar este fenómeno de agrupación humana cuando, al instalarse una fábrica o un centro de trabajo en determinado lugar, se organiza alrededor de esta fábrica o de este centro una villa, un pueblo o una ciudad. Es la organización social de los hombres a partir de la organización alrededor de los centros productivos. Organización que determina la instalación de un comercio, de vías de comunicaciones, de escuelas, de iglesias, de bancos, bien como de centros de atención a la enfermedad, ya sean puestos, centros de salud u hospitales.⁽²⁴⁾ Entonces, el reto de la regionalización incluye la resolución de estas delimitaciones -la cultural y la socioeconómica- añadiendo que, cuando las necesidades no justifiquen la instalación de un hospital en regiones determinadas política, económica, administrativa y socialmente por ser, por ejemplo, muy pequeña, debe haber flexibilidad para que una región de salud abarque más de una re-

gión económico-social. Otra aclaración necesaria a hacer es que cuando la circunscripción de la región de salud obedece la circunscripción administrativa con que está dividido el país, se avanza en el sentido de que existirá una cierta autonomía respecto al manejo del presupuesto, además de eficientizar el trabajo a nivel interinstitucional.

Otro de los elementos a definir para regionalizar los servicios sanitarios es lo que se refiere a la distancia que va de estos a la comunidad. Y la distancia aquí no se mide solamente en función de los kilómetros, metros o millas sino también en función del tiempo que tarda la persona para llegar al local de prestación de los servicios. El SNUS plantea que lo ideal para que el enfermo, de su casa, llegue al local sanitario, no debe sobrepasar los 60 minutos. Es decir, la distancia varía en función de la calidad y de la oportunidad para transportarse. Si los medios de comunicación o de transporte son buenos, el radio de acción de los servicios regionales puede ser ampliado.

Entramos finalmente al aspecto del flujo de pacientes, o sea, ¿cuál es el camino que el paciente debe recurrir para que sea atendido en su necesidad? El SNUS define, como ya hemos tenido oportunidad de verificar en este capítulo, que en los puestos de salud se presta atención de nivel primario. A este nivel la atención se da con el trabajo de auxiliares de enfermería y brigadistas de salud, eventualmente se contará con el trabajo del médico. Si los pacientes necesitan atención del médico, cuando éste no está en el puesto, será envia-

do al centro de salud en la comunidad. De allí, si el problema así lo exige, serán enviados a las policlínicas o a los consultorios de pacientes externos del hospital de la comunidad. Los casos más difíciles de resolver serán enviados a los hospitales regionales o serán atendidos por médicos especialistas en las policlínicas y consultorios para pacientes externos del hospital de la comunidad, utilizando los recursos para diagnóstico de los hospitales regionales. Ahora bien, para un buen acompañamiento del paciente, a los hospitales regionales les toca devolverlo al servicio en la comunidad con el estudio del caso.

Respecto a la autosuficiencia -otro de los elementos a definir para la regionalización- se plantea que los servicios con que debe contar una región de salud deben ser lo suficientes como para aportar a esta región atención de tipo preventiva, curativa y de rehabilitación. Para cumplir con la autosuficiencia, una región debe abarcar un sector urbano y uno rural, porque, por ejemplo, un servicio rural por sí solo no tiene capacidad para prestar atención total, incluyendo la rehabilitación, una vez que los servicios de alta especialización solamente serán prestados en los hospitales regionales o nacionales (eso obedece a razones de tipo económico fundamentalmente).

El modelo de organización sanitaria sandinista, después de haber recorrido esta serie de elementos necesarios a tomar en cuenta para la regionalización, divide Nicaragua en seis regiones y tres zonas especiales; a saber:*

Región I

Estelí, Madríz, Nueva Segovia

* Ver anexo 12

Región II	León, Chinandega
Región III	Managua
Región IV	Granada, Masaya, Carazo, Rivas
Región V	Chontales, Boaco, Zelaya Parcial
Región VI	Matagalpa, Jinotega
Zona Especial I	Zelaya Norte
Zona Especial II	Zelaya Sur
Zona Especial III	Río San Juan

Así entendida, la regionalización de los servicios es el instrumento idóneo para responder a una de las necesidades sentidas y objetivas de la sociedad nicaraguense: la necesidad de salud, una vez que dicho instrumento permite:

- a. mejorar la utilización de los recursos;
- b. tornar más fácil el acceso de los pacientes a los diferentes servicios;
- c. lograr mayor eficacia en la administración financiera y la gestión de personal;
- d. la conservación de equipos e instalaciones puede extenderse a todas las construcciones de la región (hospitales, centros de salud, policlínicas, etc.)
- e. abaratar los costos de material médico y quirúrgico, bien como de medicamentos.

Un aspecto que es fundamental plantear para encerrar la cuestión estructural y organizativa de los servicios sanitarios, es que el MINSA, en el momento de la creación del SNUS y reorganización de los servicios sanitarios, incorpora bajo su responsabilidad todas las instituciones del Estado encargadas de prestar asistencia sanitaria a la población. Es

decir, el MINSA incorpora, al incorporar todas las instituciones sanitarias estatales, un importante elemento encargado de prestar asistencia a los trabajadores: el INSS. Dicho instituto tiene por responsabilidad llevar a cabo las siguientes prestaciones sociales: atención a la enfermedad, invalidez, muerte, viudez y accidentes de trabajo.

Finalmente, queda fuera de la responsabilidad del MINSA la medicina privada, todavía hoy presente en el país, pero con posibilidades de desaparición "... en la medida en que la calidad de los servicios vaya mejorando y la cobertura se amplie progresivamente a toda la población". (25)

Antes de entrar al segundo apartado quisiera hacer una pausa para plantear algunos cuestionamientos. En aras de que la RPS ha sido duramente agredida tanto por el norte como por el sur, tanto por el mar como por la tierra, tanto por la CIA como por el VATICANO, muchas preguntas quedan por hacerse, muchas preguntas quedan en el silencio. Quisiera traspasar las barreras y los miedos que impiden hablar y presentar aquí algunas reflexiones.

En primer lugar, se habla de que a través de los SBS se pretende proporcionar "bienestar físico, mental y social". He criticado esta concepción de la salud en el primer capítulo. Pienso que, si bien la revolución ha sido el instrumento que impulsa transformaciones radicales en salud, en determinados momentos se puede observar que la concepción de la misma todavía descansa sobre afirmaciones abstractas e ideologizantes como la del "bienestar físico, mental y social".

En segundo lugar se prioriza la atención a los trabajadores por que son los que producen la riqueza del país. No nos olvidemos que la nueva economía nicaraguense persiste con un fuerte sector de propietarios privados que sacan sus ganancias de la explotación de los trabajadores, que sacan sus ganancias de la expropiación del cuerpo, de la salud y de la vida de los trabajadores. No nos olvidemos que Nicaragua vive un proceso de transición a la transición en el cual persiste la ley del valor y por lo tanto la extracción de excedentes a los trabajadores, lo cual determina el funcionamiento de la economía y de la sociedad. El planteamiento de "salud a los trabajadores porque son los que producen la riqueza del país" implica que todavía prevalece una visión productivista de la salud.

Una vez que producción significa trabajo, trabajo significa explotación (por lo menos en sociedades regidas por la ley del valor) y explotación significa desgaste y muerte es que pregunto. ¿No será que hay que borrar para siempre de la historia de la humanidad la salud en términos productivistas, la salud para el desarrollo? Pienso que la atención sanitaria debe proporcionarse a quienes la necesitan independientemente del carácter productivo o improductivo de su trabajo.

Finalmente quisiera contestar con los datos de que dispongo una pregunta que me parece importante y es la siguiente: ¿Realmente los enfermos que necesitan atención secundaria ó terciaria tienen posibilidad de acceder a las mismas? La regionalización, la división de las áreas de salud, la sectorización, la definición de los niveles de atención son ele-

mentos que permiten contestar positivamente la pregunta. Siendo así, yo defiendo la APS en los moldes de la Nicaragua Libre, que difiere a la concepción típicamente capitalista en donde, para las clases dominantes la calidad de la atención (privada) dista mucho de la calidad que queda para los "marginados", es decir, la APS de bajo costo y dudable calidad (estatal). Hay que reconocer entre los avances que permite este período que denominó transición a la transición está el hecho de que la APS no está otorgada en relación a las clases sociales. Si bien la presencia del sector privado de la medicina persiste, el SNUS es la garantía de la atención a todas las personas, sin cualquier discriminación y en el nivel que sea necesario prestársela.

2. *Las Políticas Generales del Estado y las Políticas Sanitarias (PS)*

En los capítulos anteriores planteaba que las políticas, sintetizadas en los planes de acción, son la expresión de las luchas que se libran al interior de una determinada formación social entre las clases antagónicas; y que la PS representa una dimensión, un aspecto particular de esas luchas. Así, las políticas de orden general se reflejan y se relacionan en lo particular con las PS. A partir de este planteamiento es que antes de entrar de lleno a discurrir sobre la PS, plantearé las políticas del Estado a nivel general.

2.1. Las políticas del Estado en el período somocista

2.1.1. Las políticas generales

El gobierno somocista declara, en el Plan Nacional de Reconstrucción y Desarrollo,⁽²⁶⁾ que su principal meta política es lograr el desarrollo económico y social del país.

Veamos, en primer lugar, las políticas para el sector primario. Tomando como premisa que del sector agrario depende el desarrollo del resto del país es que la política del Estado somocista está orientada a priorizar el mejoramiento económico y social de este sector. Para esto se pretende reducir la subocupación en el campo "de manera productiva y establece, ya que con ello se mejoran las condiciones de vida del grupo más pobre"; a la vez que aumentará la aportación de insumos a la agroindustria, "aunque no por eso deja de tener importancia decisiva, especialmente en las circunstancias actuales, el acelerar la expansión económica como mecanismo para aligerar las tensiones coyunturales y los desajustes en el mercado de trabajo".⁽²⁷⁾

Para el sector secundario, el Plan Nacional de Reconstrucción y Desarrollo establece fundamentalmente tres programas:

- La reconstrucción de la ciudad de Managua;
- Promover la realización de una infraestructura para el sector industrial que sirva de base para las actividades productivas del mismo;
- Trabajar para el desarrollo a través de varios subprogramas:

- .- buscar consolidar las ramas industriales existentes para incrementar la producción y asegurar un crecimiento sostenido;
- .- fortalecer la generación de divisas e iniciar el proceso de desarrollo regional del país;
- .- buscar una mayor vinculación de los sectores agropecuario e industrial;
- .- descentralizar la industria.

El modelo económico somocista dependía sobretudo de la agricultura para exportación, motivo por lo cual la producción latifundista no estaba vinculada con el mercado interno. La industria tenía un desarrollo escaso. A través de este Plan de Desarrollo se puede observar que, si bien la preocupación económica básica está centrada en el agro, se plantea la necesidad de desarrollar la industria, y la agro-industria. Esta preocupación por el desarrollo de la industria tuvo sus orígenes con la creación del Mercomun, plan que se ideó desde Washington para toda Centroamérica, para ablandar el riesgo que corría la hegemonía capitalista por la profunda concentración latifundista y la consecuente creciente proletarización y desocupación de la fuerza de trabajo en el campo.

Sin embargo, lo que interesa poner de relieve aquí, son algunas concepciones que permean los planteamientos del plan respecto al desarrollo industrial; son ellas:

- que el sector industrial es importante para reconstruir Managua, para generar divisas, para ayudar a descentralizar y regionalizar el desarrollo pero, en me-

nor medida, para contribuir a resolver los problemas de desempleo;

- que el modelo económico se apoya sustancialmente en el sector privado, "... el principal soporte de la inversión industrial del país, [además de que] (...) se continuará con la política de que las empresas promovidas por el Estado sean transferidas totalmente a la esfera privada en tiempo oportuno";
- que se fomentará el desarrollo económico y social de las zonas "marginales" del interior del país;
- que se fomentará la construcción de carreteras y viviendas y, en menor medida se asignarán recursos para construir hospitales y centros de salud.

Sobre las políticas de exportación que ellos ponen dentro del rubro de "reducción de la vulnerabilidad externa" no hay mucho que señalar. Lo que plantean es que la exportación deberá concentrarse más en productos industriales que en agropecuarios y que como producto de la articulación entre estos dos sectores se podrá lograr un incremento en la exportación de azúcar, productos lácteos y carne de ganado. Se dice también que será necesario recurrir a préstamos del extranjero a favor del sector público.

El Plan Nacional de Reconstrucción y Desarrollo da a conocer también las políticas referentes a la "Infraestructura Económica", destacándose los rubros de carreteras, caminos de producción, energía eléctrica y telecomunicaciones. Respecto a los primeros -carreteras y caminos de producción- se

preve un incremento de 13.233 kilómetros de carreteras que existían en el año de 1974 a 19.799 kilómetros para el año de 1979. Se plantea también incrementar las inversiones para el mejoramiento de los puertos. En relación a la energía eléctrica se dice que su expansión tiene como principal objetivo estimular la relocalización de actividades industriales y se preve aumentar la capacidad instalada efectiva de 185 MW en 1974 a 375 MW para el año de 1979. Las políticas para el sector de telecomunicaciones son: "la rehabilitación y ampliación de los servicios para la ciudad de Managua, la instalación y aumento del servicio telefónico en Chinandega, Matagalpa y ciudades del centro, del Norte y del Atlántico, y la continuación de los trabajos ya emprendidos respecto a la instrumentación de la red centroamericana, así como una escuela técnica de capacitación a nivel medio, un programa de telefonía rural y un sistema de plantas móviles que haga frente a cualquier tipo de emergencia". Estas políticas fueron trazadas para asegurar la coordinación con los planes de reconstrucción de la ciudad de Managua, la descentralización de actividades económicas y apoyar la política de creación de parques y zonas industriales.

Tras haber señalado las políticas globales del Estado resta añadir dos elementos. El primero de ellos es que en el documento analizado no se contemplan las políticas relacionadas con el aparato represivo del Estado. Sin embargo es curioso observar que la meta de crecimiento de la PEA ubicada en el terciario (*excepto comercio y transportes*) para 1979 representaba el 48,6% del total de la PEA. En con

trupartida la previsión de crecimiento de la PEA en el agro era de 20.5% y en la industria de 24.0%.

El segundo elemento es que Nicaragua, a diferencia de planteamientos rebasados de algunos países "en vías de desarrollo" ha considerado que es importante formular programas de orden social, una vez que el desarrollo debe ser integral "... abarcando tanto el progreso material como el avance en los aspectos sociales". Es así como llegamos a las políticas plasmadas en el Plan Nacional de Reconstrucción y Desarrollo respecto al bienestar social, que incluyen las políticas educativas, de vivienda y de salud.

En relación a las políticas educativas, se parte de algunos presupuestos básicos y es que, en primer lugar, el acceso a las escuelas no es equitativo luego hay que buscar mayor equidad a las oportunidades en educación; segundo, hay que reparar los daños del terremoto; y por último, hay que preparar una fuerza de trabajo que responda las necesidades del desarrollo económico del país, pero que también eleve el nivel de cultura de la comunidad. Concentramos en las políticas y veamos que dicen textualmente:

1. "Se pondrá énfasis en lograr la reforma de los sistemas de educación formal y extra-escolar, para obtener una estructura más flexible que permita reaccionar con rapidez ante los cambios que ocurren en el mercado de trabajo. Por lo tanto, se tratará de realizar cambios estructurales y cualitativos, *para lograr una conexión más estrecha con los mercados laborales.*

2. Se reforzará la orientación de los planes de estudio de la educación primaria y secundaria, hacia una mayor enseñanza de materias prácticas y pre-vocacionales. Esta meta de política social es importante para que el contenido de la educación se adecue a la situación del empleo y al medio social y regional en que funcione la escuela, y para evitar que el objetivo de cada nivel educacional consista esencialmente en la preparación de los alumnos para entrar al siguiente, en lugar de capacitar a la gran mayoría, formada por los que no sobrepasan el primer nivel educativo, para ocupar puestos productivos en el mercado laboral.
3. Se ampliará el entrenamiento y la capacitación de la mano de obra en los lugares de trabajo.
4. Se introducirán mecanismos para permitir, después de un período de trabajo, la vuelta al sistema educativo... a los que lo han abandonado, a fin de ir estableciendo, progresivamente, un sistema de educación recurrente.
5. Se dará prioridad a la formación de maestros de enseñanza primaria y secundaria, especialmente para atender las necesidades del interior del país y con énfasis en las áreas rurales.
6. Se reforzará el presupuesto fiscal de la educación, con particular énfasis en la primaria, para reducir el analfabetismo, como también en la enseñanza especializada de los distintos niveles, a fin de contribuir a la formación de obreros calificados, de técnicos y de profesionales, conforme a las demandas que resultaron del desarrollo proyec-

tado en este Plan".

Se puede observar claramente que el objetivo del so-
mocismo al plantear estas políticas educativas, iba dirigido
a responder a otras políticas de orden general, como lo vere-
mos también en lo que respecta a la salud. A través de una
lectura de las políticas educativas se observa que, en el so-
mocismo la principal preocupación iba dirigida a formar una masa
de trabajadores que supieran leer y escribir para poder mane-
jar las máquinas, una vez que esto era lo que el desarrollo in-
dustrial necesitaba. La preocupación iba dirigida a formar
una masa de obreros especializados que, como decían ellos, pu-
diesen responder a las exigencias del mercado de trabajo; y
como en Nicaragua la economía que se impulsaba era en su mayo-
ría de tipo privado, de lo que se trataba de aportar un mínimo
de recursos educativos para que los obreros pudiesen trabajar
mejor para los patronos, dueños de fábricas y de tierras.

Pasemos ahora a las políticas de vivienda. Aquí
se plasman dos preocupaciones centrales. La primera es que
hay que construir nuevas unidades habitacionales para cubrir
el aumento de la población y recuperar las viviendas que fue-
ron destruídas por el terremoto. La segunda está orientada a
concentrar la población en algunas áreas llamadas "polos de
desarrollo"; planteamiento congruente con las políticas esta-
tales respecto a la industria, vale decir: la creación de po-
los industriales, la descentralización y regionalización.

2.1.2. *Las políticas sanitarias*

Las políticas sanitarias del somocismo parten de algunos presupuestos:

- que hay un desequilibrio entre el campo y la ciudad en relación a que en la última se han concentrado los servicios y la atención médico-asistencial;
- que las enfermedades infecciosas tienen como telón de fondo a la desnutrición (cuya incidencia es más alta en el campo);
- que apenas el 11% de la población campesina tienen acceso a acueductos y que es prácticamente inexistente el servicio de alcantarillado sanitario;
- que las principales causas de muerte requieren del mejoramiento del medio externo y de la extensión de los programas de protección de la salud y prevención de las enfermedades.

Siendo así, se requiere:

- extender los programas de protección de la salud y prevención de las enfermedades con el apoyo de la comunidad;
- llevar a cabo el programa de asistencia a la niñez y educación familiar;
- mejorar el saneamiento del medio y la provisión de agua potable y
- mejorar el sistema de salud mediante la prevención de las enfermedades.

Técnicamente estas medidas eran coherentes con las

mínimas necesidades sanitarias que sufría la mayoría de la población nicaraguense. Sin embargo, el análisis de la relación PS y políticas generales del Estado debe tomar en cuenta mínimamente el patrón de acumulación en el periodo somocista, para poder mirar más allá de lo que se plantea como "inocente" de objetivos que no sean sanitarios.

Promover asistencia sanitaria a los campesinos, adultos y niños, bajo un doble propósito: el primero de ellos buscaba mantener y profundizar el desarrollo agrícola y agro-industrial basado en la concentración de la tierra en inmensos latifundios y en la propiedad. Era la garantía del Estado a la burguesía agro-exportadora y agro-industrial de que siguiera, a través de la expropiación de la salud de los trabajadores su proceso de acumulación de capital. Por otro lado, el cuidado de la salud de los futuros obreros (los niños) encontraba su espacio en el sistema sanitario del somocismo. Quisiera ilustrar el planteamiento con una cita de Henry Ford sobre la cuestión del aumento de los salarios (*five dollars day*) de los obreros industriales pero que puede ser traspolada para el caso que estamos tratando. Decía Ford: "Pagando mal a los hombres, preparamos una generación de niños subalimentados y subdesarrollados tanto física como moralmente; tendremos una generación de obreros débiles de cuerpo y de espíritu, que por esa razón se mostrarán ineficaces cuando entren en la industria".⁽²⁸⁾ Así es que, el cuidado a los niños desnutridos encuentra su razón de ser: preocuparse de la futura fuerza de trabajo, que tenga un cuerpo apropiado a las necesidades de aquel que los va a explotar: el capital.

Bajo la ilusoria y fetichista propagación de los servicios sanitarios el somocismo ansiaba lograr algo que nunca tuvo en su régimen: legitimidad. Este es el otro lado de la extensión de los servicios en el campo, precisamente donde el FSLN desarrollaba sus actividades en esta época.

2.2. *Las políticas del Estado en el período de la revolución en el poder*

2.2.1. *Las políticas generales*

Respecto a las políticas del gobierno sandinista, podemos decir que ya en 18 de julio de 1979 estaban siendo enunciadas en la *Primera Proclama del Gobierno de Reconstrucción Nacional*.⁽²⁹⁾ La JGRN divide los lineamientos básicos de sus políticas en tres grandes áreas: política, económica y social. Vayamos al estudio de cada una de ellas en particular.

En el área *política* tenemos:

- La instauración de un régimen de democracia, justicia y progreso social en donde se garantiza el derecho de participación política a todos los nicaraguenses, el sufragio universal y la organización y funcionamiento de los partidos políticos.
- Se sientan las bases para la nueva organización del Estado.
- La garantía de la vigencia total de los derechos humanos.
- El ejercicio de las libertades fundamentales del hombre, a saber:
 - 1, libertad de culto;

2. libertad de emisión, información y difusión del pensamiento;

3. libertad de organización sindical, gremial y popular.

- El derrocamiento de las leyes represivas, principalmente las leyes que atentan en contra de la dignidad e integridad del pueblo nicaraguense.
- La abolición de las instituciones represivas, como la Oficina de Seguridad Nacional y el Servicio de Inteligencia Militar.
- Erradicación de la corrupción que caracterizaba el régimen dictatorial, en donde la honestidad administrativa y la probidad de los funcionarios regirá la administración pública.
- A las personas, militares y civiles, involucrados en crímenes en contra del pueblo, en negocios ilícitos o en malversación de fondos del Estado, se los conducirá ante los Tribunales de Justicia.
- Libertad a los presos políticos, recibimiento de los exiliados y anulación de los juicios seguidos por los Consejos de Guerra.
- Elección de las autoridades municipales por el pueblo y autonomía municipal.
- Las estructuras de poder del somocismo deberán ser destruidas y ocupar lugar las estructuras democráticas.
- Organización de un nuevo Ejército Nacional regido por los principios de defensa del proceso democrático y de la soberanía e integridad de Nicaragua.

- Organización de la Policía Nacional para proteger a la sociedad civil.
- El seguimiento de una política exterior independiente, de no alineamiento y relaciones comerciales y diplomáticas con todos los países que respeten el proceso revolucionario de Nicaragua.

En el área económica:

La transformación económica prevé el establecimiento de una *economía mixta*, es decir la producción estatal con jugada con la producción privada, formada por:

Area estatal y de propiedad social;

Area privada y

Conjunción de los sectores público y privado,

Como área estatal y social - Area Propiedad del Pueblo (APP) - se creará el Patrimonio de Reconstrucción Nacional, cuya base es la recuperación de todos los bienes que pertenecían a la familia Somoza y sus allegados.

Respecto a la producción, se define que la explotación y desarrollo de los recursos naturales (minas, pesca, energía, bosques, etc.) será controlada por el Estado directa o indirectamente. La producción en el agro será prioritaria, principalmente en lo que se refiere a la producción para el consumo interno,

Es el Estado también quien se encargará de la distribución y compra de los productos tanto a nivel externo como interno. Esta medida de política económica está orientada a ob

tener mejores precios para los productos, asegurar la remuneración en el campo, reducir los costos de producción, asegurar que los artículos vitales para consumo interno lleguen a la población que los necesita y evitar la especulación de ellos.

Las empresas nacionales serán apoyadas por el Estado en detrimento de las transnacionales.

Será promulgada y reglamentada una Ley de Reforma Agraria en el sentido de transformar la tenencia de la tierra, asegurando a los campesinos su acceso a ella, asegurando la asistencia técnica, el financiamiento y otras necesidades, como por ejemplo la comercialización.

Las tierras que el Estado apropiará para la Reforma Agraria son las siguientes:

- Las de la familia Somoza y sus allegados;
- Las de los deudores de las Instituciones Financieras del Estado que bajo el régimen somocista se las apropiaron dolosamente;
- Las tierras que fueron nacionales y que hayan sido asignadas por la dictadura somocista con fines políticos;
- Las tierras que fueron abandonadas y las tierras ociosas.

La producción de las tierras de APP, que hoy cuenta con más de 1 millón de hectáreas, aproximadamente el 50% de la tierra laborable del país, se hará básicamente de forma asociativa -cooperativas de producción- donde el excedente producido debe asegurar el cumplimiento de la función social de la tierra y a la vez elevar el nivel de vida de los campesinos.

Las políticas del *área social* se plantean en los siguientes rubros:

- Ocupación y salario;
- Trabajo y seguridad social;
- Educación;
- Vivienda;
- Servicios públicos: transporte, agua, luz y alcantarillado;
- Cultura y deporte;
- Reconstrucción de Managua y ciudades destruídas en la guerra de liberación;
- Atención a la mujer, el niño y la ancianidad;
- Salud y nutrición.

Nos ocuparemos ahora en la descripción de cada uno de ellos en particular:

Ocupación plena y salario real

Conforme indica el enunciado, se crearán fuentes de trabajo para lograr niveles máximos de empleo. La política de salario además de buscar que se cumplan con la jornada, la vivienda, la alimentación, las condiciones de trabajo, el trato, etc., tratará de que el poder adquisitivo de los trabajadores de la ciudad y del campo permita cubrir sus propias necesidades y las de sus dependientes.

Trabajo y seguridad social

Creación del nuevo código de trabajo que deberá garantizar el derecho de huelga y la real protección de todos los asalariados.

Reestructuración del INSS buscando ampliar su cobertura. A la directiva del INSS se integrarán representantes sindicales.

Educación

Se trabajará para erradicar el analfabetismo, para transformar los objetivos y contenidos educativos orientados hacia una educación liberadora. Estos cambios en los objetivos y contenidos deben servir para convertir la educación en un factor clave en el proceso de transformación humanista de la sociedad nicaraguense.

La educación será gratuita y obligatoria.

A corto plazo se controlarán los precios de los libros y uniformes escolares, pero, posteriormente se prevé que, a través del Ministerio de Educación Pública, éstos sean suministrados gratuitamente.

Se respetará la autonomía universitaria.

Los colegios particulares serán regulados en su funcionamiento, tarifas y planes educativos; se crearán escuelas técnicas vocacionales y centros educativos rurales.

Vivienda

El propósito a perseguir en este aspecto es que las necesidades básicas de vivienda de la población sean cubiertas, tanto en el campo como en la ciudad.

Servicios públicos: transporte, agua, luz y alcantarillado

A fin de que el transporte colectivo urbano e interurbano sean accesibles se regularán y reorganizarán las líneas.

El agua, la luz y el alcantarillado serán ampliados. Las tarifas serán modificadas y se eliminará la subvención a la industria de parte del consumidor particular, beneficiando los sectores populares.

Cultura y deporte

Se estimulará la creatividad, la expresión artística, se protegerá el patrimonio artístico y cultural. Las ediciones para la población se imprimirán masivamente a fin de continuar con el proceso de formación cultural posterior a la alfabetización.

Se estimulará la práctica de los deportes; en este sentido serán construídas canchas, parques y estadios deportivos.

Reconstrucción de Managua y ciudades destruídas en la guerra de liberación

Atendiendo especialmente a las necesidades de las familias afectadas por la guerra, a los damnificados, a los refugiados y a los emigrados, rechazando los intereses personales característicos de la dictadura.

Atención a la mujer, al niño y la ancianidad

A la mujer se tratará de que no esté sujeta a discriminación. En su embarazo y lactancia, el sistema de salud debe darle prioridad.

Para los niños se crearán guarderías, se les dará atención integral a partir de la gestación y durante su crecimiento y desarrollo. El trabajo infantil será erradicado, tanto como la mendicidad y el abandono.

Para los viejos incapacitados para el trabajo, que se encuentren en estado de mendicidad o desamparados, se crearán o reorganizarán instalaciones como asilos y pensiones.

2.2.2. Las políticas sanitarias

Finalmente, en lo que dice respecto a las políticas sanitarias y sobre las cuales nos detendremos de forma más detallada, el MINSA establece:

1. Llevar la salud al campo

En Nicaragua, 52% de la población vive en el campo, y es del trabajo de los mineros, ganaderos, algodoneros, cafetaleros fundamentalmente, que el país extrae la parte más importante de su riqueza. Este hecho, aunado a que en la zona rural las condiciones de salud son inferiores a las de la zona urbana, hace con que se establezca como prioridad el atender la salud en el campo.

2. Organizar los servicios de salud acorde a las nuevas condiciones socio-económicas producidas por la Revolución Sandinista

Para implementar esta política se necesitó hacer transformaciones radicales en la estructuración de los servicios de salud del antiguo régimen. Tres pasos fundamentales fueron necesariamente dados:

- a) Estructuración del Ministerio de Salud cuyo principio básico fué la regionalización de los servicios.
 - b) Creación y desarrollo del nivel regional.
 - c) Creación y desarrollo de las áreas de salud, tanto como la red de referencia y control de los servicios de salud del SNUS.
3. *Ejecutar los programas de medicina preventiva, enfatizando la inmunización, la saneamiento y atención a malaria y tuberculosis*

El perfil de morbi-mortalidad de los niños nicaraguenses evidencia como principales causas las enfermedades prevenibles por vacunación. Las grandes labores que se han realizado en inmunizaciones, encuentra en este hecho, su razón de ser.

Las enterítis y otras enfermedades diarreicas ocupan el primer lugar entre las diez causas de muerte más frecuentes en niños menores de un año. Hecho que en sí mismo justifica una de las preocupaciones básicas del SNUS, que es, la de crear y desarrollar las unidades de rehidratación oral (URO).

El control de la malaria y la tuberculosis es fundamental por su alto índice y por acometer principalmente a los trabajadores.

4. *Reorganizar los Servicios de Atención Médica a los Trabajadores Mediante el Desarrollo de los Servicios de Medicina Preventiva y Ocupacional en los Trabajadores*

En los locales de trabajo: instalación de puestos de salud, con enfermeras permanentes y horas-médicas, cuando las condiciones y riesgos lo justifiquen.

En las áreas de salud: atención médica de carácter preventivo-curativo, dando énfasis en la profilaxis.

En los centros de salud: facilitar la atención médica a los trabajadores con la finalidad de no perjudicar la producción.

Restringir el financiamiento del Seguro Social a la medicina preventiva, así como, los tratamientos indebidos y los subsidios innecesarios y muy prolongados.

Estas son las medidas que están siendo implementadas para llevar a cabo tal política.

5. *Desarrollar la Planificación como Elemento Esencial del Trabajo Científico en el MINSA*

Crear la dirección de planificación; establecer las normas de recursos humanos y plantilla en los diferentes tipos de servicios de salud; establecer programas de salud, crear y desarrollar tecnologías y normas de atención médica acorde a las condiciones socio-económicas del país; crear el sistema de control de la red de salud; organizar los cuadros para la información de estadísticas, para la planificación y para la investigación en salud- constituyen elementos neces-

rios para esta política.

6. *Confeccionar los Ante-proyectos de Leyes y Reglamentos necesarios para el Adecuado Funcionamiento del Ministerio y Solicitar su Aprobación a la Junta de Gobierno de Reconstrucción Nacional*

En este sentido es necesario:

- Crear los certificados de defunción y nacimiento.
- Confeccionar el Código Sanitario.
- Establecer los reglamentos a todas las instituciones, estatales o privadas, para regular su funcionamiento.

7. *Consolidar la Participación de la Comunidad Organizada en las Tareas de Salud*

"Para esta política debemos:

- a) Coordinar e impulsar las comisiones de salud del pueblo, elemento fundamental de comunicación con las masas organizadas.
- b) Organizar la educación popular de la salud de forma masiva y de acuerdo con los siguientes lineamientos:
 - Conocimiento sobre valor nutritivo de los alimentos.
 - Actitud ante la diarrea del niño.
 - Desarrollar en la familia la necesidad de vacunar a sus niños.
 - Estimular el parto institucional y el adiestramiento de las parteras empíricas.
 - Explicar qué es la regionalización y qué significa per-

tenecer y ser atendido por un área de salud.

Esta política esta debidamente fundamentada por ser la participación popular uno de los principios del MINSA". (30)

8. *Formar los Recursos Humanos para el MINSA de Acuerdo al Plan de Extensión de Cobertura*

La atención médica primaria necesita que se priorice la formación de brigadistas de salud y auxiliares de trabajador sanitario.

9. *Establecer con Carácter Definitivo una Política con Respecto a los Medicamentos*

La preocupación inicial es abastecer las unidades del MINSA para luego pasar a la comercialización de los medicamentos. Se establece que los enfermos de ambulatorio no recibirán medicación gratuita.

10. *Impulsar una Ofensiva en el Campo Internacional que Permita Buscar Recursos Humanos y Financieros para el Plan de Reactivación y Emergencia, así como Ejecutar los Proyectos y Programas Establecidos*

Para que esta política sea llevada a cabo es necesario: participar en las reuniones internacionales y en el Comité Ejecutivo de la OPS, ejecutar los proyectos de préstamos y donaciones recibidas de acuerdo a los calendarios establecidos, bien como elaborar el documento sobre las estrategias nacionales a ser implementadas para lograr la Salud para Todos en el

Año 2000.

Después de haber penetrado en las políticas generales y sanitarias, considero necesario establecer algunas acotaciones críticas que servirán de puntos de referencia para detectar la problemática de un país que se atreve a transformar estructuras tradicionales que han funcionado por tanto tiempo. Velar los defectos, ocultar las contradicciones frenan el movimiento, esclerotiza la transformación. En ese sentido, todas estas críticas son con el ánimo de partir del principio de que el cambio es un movimiento que se enriquece con el descubrimiento de contradicciones y su relación dialéctica con la propuesta de soluciones.

El primer aspecto a tratar se relaciona con las formas alternativas de la práctica social de la medicina. Y es que la medicina popular o los modelos médicos no hegemónicos en una sociedad que carecía de atención sanitaria y que tiene una población indígena importante, deben haberse desarrollado significativamente. Por lo menos en lo que se refiere al área rural, el 80% de los partos eran atendidos por las parteras, sin ningún vínculo con el sistema sanitario estatal. (31) Sin embargo estas formas alternativas de PM ó medicina popular, no son permeables en el quehacer del servicio sanitario estatal, no son visualizadas en las políticas, en las actividades, en la organización, etc., etc. No se observa, en ningún momento, que haya una preocupación por el rescate de las expresiones, de las opiniones y las experiencias de las formas de ejercicio de la PM de los grupos sociales a los cuales va dirigi

gida la PM estatal.

A momentos pensamos que hay una excesiva confianza en la técnica como lo podemos visualizar en el siguiente planteamiento: "... la acción de salud no es simplemente la consulta médica, sino el conjunto de actividades de un *equipo de profesionales, técnicos y auxiliares* (sociólogos, enfermeras, laboratoristas y otros), que incidiendo en acciones de salud sobre el individuo y la sociedad, son capaces de cambiar las condiciones de vida de una población". (32)

Esta situación ¿no será quizás motivo de que el modelo médico hegemónico, a través de la medicina flexneriana, siga siendo la forma dominante de ejercicio de la medicina? ¿no será quizás que, a la larga, en aras de lograr las metas de SPT 2000, se corra en el riesgo de persistir en los modelos tradicionales de la medicina, imponiéndoles a la población esos modelos? ¿no será quizás que esto sirva para reproducir jerarquías, reproducir división de trabajo, y desarrollar burocracias sanitarias?

El segundo aspecto a discutir se relaciona con la problemática de la EC a los trabajadores. (33) Del universo de los trabajadores en Nicaragua, los trabajadores del campo fueron los que más estuvieron en el olvido respecto a la atención médica en el período del somocismo. Sus hijos eran los que más se enfermaban y morían. Por esto, me parece que priorizar la EC a nivel rural encuentra coherencia con la distribución y frecuencia de la enfermedad. Pero, a la par de esta posición, en el planteamiento de las PS se puede observar que

persiste la concepción de la salud para los que trabajan una vez que ellos producen la riqueza para el país. Hago hincapié en esta cuestión porque me parece fundamental dejar sentada mi posición de que la salud es para el hombre trabajador y no trabajador por su valor intrínseco en cuanto hombre, y no por su vinculación productiva o improductiva en el proceso de trabajo.

Por otro lado es necesario aclarar que si el INSS aumenta la cobertura, no es porque la revolución en el poder piensa sustituir en el aumento del consumo lo que los trabajadores dejan en las fábricas y en las plantaciones: su salud. Es porque la PS de la revolución en el poder ha establecido la salud como un derecho de todos los individuos.

Así, la garantía del acceso a la tierra a través del APP, el salario que debe cubrir todas las necesidades básicas, la política del pleno empleo, la alfabetización, la garantía de la alimentación, la vivienda adecuada, el medio ambiente mejor saneado, el estímulo al deporte, a la cultura, etc., etc., son elementos básicos que coadyuvan a garantizar y hacer efectivo el derecho a la salud, meta prioritaria de la JGRN.

3. *La Extensión de Cobertura: Atención Primaria de Salud y Participación Popular en Salud*

3.1. *El periodo somocista*

En el año de 1976 y los que siguieron, la EC en Nicaragua, fundamentalmente en el área rural, pasó a la primera plana en los proyectos del MSP y de la JNAPS. En ese momento

se dió inicio al Proyecto de Mejoramiento y Extensión de Cobertura de los Servicios Rurales de Salud con la finalidad de elevar el nivel de vida y salud en el medio rural, porque ahí había más muerte, había más hambre, las enfermedades transmisibles eran más frecuentes, el 80% de la población no tenía agua directa y el 80% no poseía letrinas. Esta realidad conformaba un cuadro que obstaculizaba el desarrollo económico, que obstaculizaba el progreso.

Los objetivos de dicho programa se planteaban de la siguiente manera:

1. Extender la cobertura a la población rural a partir de la construcción de 2 hospitales regionales, de 4 unidades integrales y de 167 puestos de salud;
2. Regionalizar el sistema de los servicios sanitarios y
3. Prestar atención médica a partir de la definición por niveles de atención.

Ahora, para mejorar el nivel de salud de la comunidad sería necesario seguir dos caminos inseparables y complementarios:

- uno de ellos era el de la construcción de obras y
- el otro el de la educación en salud.

Partiendo de estos dos presupuestos y para dar una respuesta a esas necesidades fue que nacieron:

- el Plan Nacional de Saneamiento Básico Rural (PLANSAR) y
- el Programa Rural de Acción Comunitaria en Salud (PRACS)

Trabajemos primeramente sobre el programa de la construcción de obras, el PLANSAR.

Su nacimiento oficial fue avalado por la Agencia Internacional del Desarrollo (A.I.D.), en 17 de Agosto de 1976, con la firma de un convenio a través del cual Estados Unidos prestaría al gobierno somocista 5 millones de dólares, cantidad que debería cubrir aproximadamente el 50% de los costos del Programa de Salud Rural. Al Estado cabría financiar un 20% y a la comunidad otros 10%. El Banco Internacional de Construcción y Fomento (BIRF) prestó a este programa la cantidad de 3 millones de dólares. (34)

Veamos en que consisten los antecedentes de PLANSAR:

El saneamiento básico en Nicaragua -abastecimiento de agua, disposición de excretas, recolección de basura y mejoramiento de las viviendas- hasta el año de 1976, estaba a cargo de tres instituciones:

- La Empresa Aguadora de Managua (EAM) creada en 1972, de tipo privada y como indica su nombre, tenía la responsabilidad de suministrar agua potable a Managua y periferia.
- El Departamento Nacional de Acueductos y Alcantarillados (DECANAL), creado en el año de 1967, encargado de suministrar agua potable y dotar de servicios de alcantarillado a la mayoría de los municipios urbanos del país.
- La División de Saneamiento Ambiental, organismo perteneciente al MPS, de carácter normativo pero que, en 1965 y 1966 participó en la excavación de pozos.

Esta situación generó que en el año de 1976 el gobierno nicaraguense creara el PLANSAR, para llevar estos servicios a la zona rural, que en ese entonces contaba con 3.500 comunidades, con un mínimo de 50 personas y máximo 300, a ser cubiertas.

Las principales actividades de PLANSAR eran:

1. Construcción de sistemas para el abastecimiento de agua
2. Instalación de letrinas
3. Mejoramiento de la vivienda
4. Inmunizaciones
5. Desparasitación masiva de las poblaciones seleccionadas.

Pero, de acuerdo a los principios políticos sanitarios de este período, la construcción de obras "per se" resultaría contraproducente si a la vez no se hicieran trabajos para "concientizar" la comunidad para que esta, después del "despertar concientizador" pasara a actuar y a incidir en su salud, prestando ayuda técnica, financiera y ofreciendo su fuerza de trabajo para la construcción de las obras. De ahí que se impone inventar algún programa que lleve la comunidad a "despertar su conciencia". Es así como nace el PRACS.

Para educar en salud -función principal del PRACS- se había necesaria la formación de Educadores en Salud, a los cuales correspondían las tareas de hacer el diagnóstico de salud de las comunidades, de organizar los Comités Comunales de Salud (CCS), formar los Colaboradores Rurales en Salud (CRS) y apoyar los programas de saneamiento básico que estaban sien-

do llevados a cabo.

A los CCS correspondían tres tareas básicas:

1. Articular la comunidad con las instituciones sanitarias.
2. Estudiar los problemas de salud y hacer con que la comunidad trabajara para su solución.
3. Capacitar en salud.

Por su lado el CRS era así caracterizado por los tecnócratas sanitarios: "Es la persona extratado (sic) de su propia comunidad que poseyendo los conocimientos básicos: saber leer y escribir, puede ser escogida *por las autoridades del poblado y personal de salud* para recibir *por unos meses* los conocimientos primarios de salud, para ayudar después a su comunidad en forma voluntaria y solidaria en la búsqueda de la salud y felicidad".⁽³⁵⁾ En esas pocas líneas puede observarse la verticalidad y el carácter impositivo en la escoja de los trabajadores sanitarios para la APS.

Pasemos a otro de los tantos programas que tenían por objetivo la EC: el Programa de Unidades Móviles para Areas Rurales (PUMAR). Este programa es más antiguo que los anteriores, ya en el año de 1975 operaba, bajo el espíritu de la Alianza para el Progreso, "llevando la salud" al campo, es decir,

- prestando consulta médica y de enfermería (materno-infantil)
- inmunizando
- sancando
- educando

- coordinando la comunidad con el sector salud.

El objetivo era disminuir el riesgo de enfermar y morir de las comunidades rurales y el propósito que se enunció era de aumentar la esperanza de vida de los campesinos.

El trabajo se hacía -como lo indica el nombre- a través de unidades móviles, siete terrestres y cuatro acuáticas.

Finalmente, siguiendo con la propuesta de EC, se creó el Instituto Nicaraguense de Recursos Humanos (INRHUS), que operaba en tres grandes áreas:

- El área de la planificación de los recursos humanos para la salud;
- El área de la implementación de programas para lograr mayor eficacia y eficiencia de los mismos.
- El área de evaluación de programas nacionales de adiestramiento.

Es así como la EC del somocismo queda reducida a la zona rural, queda reducida en la construcción de letrinas, en la excavación de pozos, en el levantamiento de paredes de las casas y sus techos. No cabe duda de que son actividades necesarias, sin embargo, queda muy lejos de la EC para lograr la meta de Salud para Todos en el Año 2000.

Estos programas rurales eran impuestos verticalmente a las comunidades una vez que para hacer la selección de la región en donde debían ser implementados se trataba de medir la *disposición de aceptación* y el *grado de penetración* que

podrían tener los proyectos.

Llama la atención que los CRS eran personas que las *autoridades* y los *trabajadores sanitarios del MSP* escogían, dígase de paso que, por lo general, estos eran gentes de confianza del gobierno. Por otro lado, el entrenamiento de esos trabajadores era limitado *por algunos meses*. Aquí, es válido confrontar la forma como el gobierno sandinista asume la selección y entrenamiento de sus brigadistas de salud.

Otro dato que llama la atención es que tanto PRACS como PLANSAR empezaron a ser implementados en Matagalpa, Estelí, Nueva Segovia, Madriz y departamentos cercanos en contra de la recomendación que hacía la AID de que los programas deberían ser implementados en Managua y Matagalpa, donde la USAID financiaba el Programa Nacional de Agricultura. (Invierno). Pero Somoza no pensaba así e implementó los programas exactamente donde los conflictos insurreccionales eran más evidentes, donde el FSLN marcaba con más intensidad su presencia guerrillera.

Uno de los objetivos que se perseguían con estos programas, era que, juntamente con la política educativa, la política sanitaria de EC proporcionada a través de los escasos y desordenados programas sanitarios, debía de responder a la necesidad de aumentar la capacidad productiva de la fuerza de trabajo que el modelo de acumulación somocista requería.

El objetivo explícito de mejorar el nivel de vida y salud de los campesinos nunca se logró -basta con remitirse a los datos del perfil patológico- una vez que el objeti

vo implícito era reprimir y controlar el ejercicio de contrahe
gemonía que se venía gestando cada vez con mayor fuerza, por
parte de las masas, organizadas básicamente en el FSLN.

3.2. *El Período de la Revolución en el Poder*

En febrero de 1980 el MINSA establece el Programa de
Extensión de Cobertura, entendida esta como "el resultado de
una oferta eficaz y sistematizada de los servicios básicos de
salud (SBS)",⁽³⁶⁾ siendo que, los elementos que permiten que
la cobertura sea llevada a efecto son principalmente: la creaci
ón del SNUS y la reorganización del sector salud, la regiona
lización y la división de las regiones en áreas de salud, la
elaboración de un plan de salud unitario pero que obedeciera a
las particularidades de cada región, y lo que es básico, la de
cisión política de la JGRN al priorizar la salud en sus políti
cas sociales.

Así como la política sanitaria pasa por la elaboraci
ón o el dictamen de la política general del Estado, la APS
pasa por la elaboración, en la Nicaragua Libre, de la Atención
Primaria Inegral o general. Aclaremos esto. La vanguardia
revolucionaria considera que la Atención Primaria global, es
"... el conjunto de las acciones del Estado y del Pueblo Organ
izado que garanticen el derecho al trabajo, a la alimentación
básica, a la educación, al seguro social, a los servicios de
salud y a un medio ambiente adecuado para la reproducción de
la existencia. Todos esos elementos son esenciales para la
construcción de una vida con justicia, paz, libertad y digni-

dad, objetivos últimos de nuestra Revolución".⁽³⁷⁾ ¿Cuál es la acción que sigue a la búsqueda de cumplir con los derechos planteados en la definición? Es la creación de la Comisión de Atención Primaria Integral en el Ministerio de Planificación, en donde están presente los Ministerios de Educación y Salud, el Instituto Nicaraguense de Reforma Agraria, de Vivienda y Asentamientos Urbanos (sic), de Seguridad y Bienestar Social y de Agua y Alcantarillado. Queda a cargo del MINSa la tarea de servir como "eje integrador" del sector social, a través de sus programas sanitarios..

De ahí que la APS se impone como la estrategia que hará llegar a toda la población los SBS, a través de dos ejes fundamentales: uno de ellos es la utilización eficiente de los recursos y el otro es la participación de las organizaciones de masas, desde la planificación hasta la ejecución de las acciones sanitarias.

Para el MINSa que define la APS como el conjunto de actividades planificadas de atención médica integral, el objetivo básico a perseguir es el logro de un mayor nivel de salud. Este concepto, aunado a la nueva estructuración de los servicios sanitarios, aunado a la decisión política del Estado en dar prioridad el sector salud y de este a la APS por parte del MINSa, aunado al principio de la regionalización, sienta las bases para la implementación de los programas de APS en sus dos niveles: rural y urbano.

3.2.1. Programa de extensión de cobertura rural

Antes de pasar a describir la EC rural en si misma, es necesario cuestionar un principio importante de la APS a ni vel global, y es el hecho de que la atención a nivel primario de salud, como una forma de prestación a poblaciones que no tienen ningún tipo de atención, sea llevada a cabo por personal de pocos conocimientos sobre el proceso salud-enfermedad. A diferencia de esta propuesta, que fue asumida por el somocismo sin ninguna cortapisa, el MINSA propone que este trabajador sanitario (el brigadista de salud o la partera empírica) extraído de su comunidad y seleccionado por este en constante su peración mediante un entrenamiento adecuado y continuo. Así lo expresa: "'Algo mejor es mejor que nada' dice la sabiduría popular, pero este 'algo' debe ser un ente en continua superación hasta que se logre alcanzar un personal de la mayor capacitación posible para este nivel de atención, en el marco del desarrollo integral de la sociedad". (38)

Pero, vayamos a la EC del campo. Aquí, las priori dades están dirigidas a la protección de la salud de la madre y del niño bien como de los trabajadores. De ahí que tenemos como objetivos generales:

- "Brindar atención médica y asegurar el sistema de referencia a la población rural a los departamentos, con énfasis en la atención materno-infantil;
- Mejorar de forma sustancial el bienestar familiar a través de la solución de los problemas de salud materno-infantil;

- Estructurar la red de cobertura de atención primaria de los programas de control-erradicación de la malaria y control de la tuberculosis".

Son objetivos específicos:

- "Situación y habilitar a 600 Brigadistas de Salud (BS) en 600 comunidades de menos de 500 habitantes, con participación de ellos;
- Situación una auxiliar de enfermera-obstétrica por cada 12 BS en un puesto de salud;
- Establecer 10 centros de salud rurales con camas, como centro de referencia de la red de atención rural;
- Diseñar e implantar el sistema de referencia a los pacientes en la red creada;
- Diseñar e implantar el sistema de información nacional;
- Controlar periódicamente las unidades de la red y el cumplimiento del programa". (39)

Es necesario señalar que el programa de EC se inició en septiembre de 1980, debiendo haber cumplido su primera etapa en 19 de julio de 1981, con una cobertura del 28.1% del total de la población a ser cubierta.

El programa empezó su primera etapa en la región del pacífico, más específicamente en Madriz, Estelí, Nueva Segovia y Chinandega. La única excepción es Jinotega, que está ubicada en la región VI. Es precisamente en la región del pacífico que se concentra el 56% de la PEA total general, el 99.5% de los trabajadores agrícolas del algodón, el 52% de las tierras cultivadas y el 75% de los establecimientos industriales. (40)

De ahí que es plenamente observable la congruencia entre lo que se plantea a nivel de las PS y lo que ocurre en la práctica. Si priorizar la atención a los trabajadores es prioritario, debe ser prioritario también extender la cobertura donde están los trabajadores.

Resta añadir que, en lo que se refiere a la composición y distribución de los trabajadores sanitarios, los centros y puestos de salud están estructurados como sigue:

Centros de Salud:

Médicos	2
Auxiliares de enfermera-obstetrica	1
Auxiliares de enfermería general	9
Auxiliares de trabajador sanitario	1
Auxiliares de estadística	1
Auxiliares de laboratorio clínico	1

Puestos de Salud:

Auxiliar de enfermera-obstetrica	5
----------------------------------	---

Posta Sanitaria:

Brigadistas de Salud:	60
-----------------------	----

Esto nos dá un total de 80 trabajadores sanitarios para una población que varía de 30 a 40 mil habitantes, lo que representa una densidad trabajador sanitario-población de 26.7 por 10.000 habitantes. No están contempladas las parteras empíricas ni la participación de las organizaciones de masas.

3.2.2. La extensión de cobertura urbana

La EC rural da las bases o sirve de antecedente para la EC en el área urbana. Así como en el área rural, el programa de EC urbano debe arrancar -obedeciendo al principio de la regionalización antes señalado- con la creación de las áreas de salud, las cuales contarán con un centro de salud sin camas, además de los puestos de salud. El envío de pacientes a los niveles de atención más complejos obedece el movimiento regional de flujo de pacientes descrito en la regionalización.

Los elementos esenciales del modelo de atención a nivel urbano, que también prioriza la atención materno-infantil para la cual utiliza el 50% del trabajo de los médicos generales - son básicamente:

- La *integración* de las actividades curativas con las actividades preventivas, priorizando las últimas y
- La *sectorización* del área de salud en sectores de 3,000 habitantes cada uno.

Los centros de salud urbanos son así caracterizados:

- Su universo cuenta con una población de 35 a 40 mil habitantes (área de salud).
- Posee: área materna con dos consultorios;
área de atención de adultos con dos consultorios;
área de espera para 60 personas;
área de laboratorio;
área de R-X simples;

área de URO;
sala de enfermería con capacidad para 12 personas;
área de archivo, historia clínica y estadística;
área de higiene del medio;
oficina del director;
oficina de administración;
sala de reuniones con capacidad para 30 personas;
área de vacunación;
área de curaciones;
área para odontología con dos sillones;
área de educación sanitaria;
área de profilaxis;
área para bodega;
área para almacen de insecticidas con acceso al exterior.

En cuanto a la composición y distribución de los trabajadores sanitarios del centro de salud urbano, tenemos:

Médicos	3
Dentistas	1
Enfermeras	2
Auxiliares de enfermería en los sectores	13
Auxiliares de enfermería en consultorio, vacunación y curaciones	5
Auxiliar de laboratorio clínico	1
Auxiliar de estadística	1
Auxiliar de trabajador sanitario	3
Obreros de saneamiento	3

Director médico	1
Brigadistas de salud	78

El total de trabajadores para un centro de salud urbano, que abarca una área de salud, es de 112, lo cual dá una densidad de trabajador sanitario-población de 28 por 10.000 habitantes.

A nivel general y respecto a la adecuación de los programas de EC en relación al perfil patológico hay a señalar que, pese al escaso conocimiento que se tiene del perfil patológico, a grandes rasgos se puede plantear que hoy, los programas de APS se adecuan positivamente a las necesidades prioritarias del proceso salud-enfermedad. Es sabido que las enfermedades nutricionales y las enfermedades transmisibles figuran como las principales causas de morbilidad y mortalidad. Así, se plantean como prioridades de la APS a los programas materno-infantil, de inmunizaciones, de control de la tuberculosis y de la malaria, de saneamiento ambiental y de educación popular en salud. Como se puede observar, el principio de consolidar un Sistema Sanitario Revolucionario que responda a las prioridades del proceso salud-enfermedad encuentra coherencia entre los programas principales a implementar y el perfil patológico.

Estos son los elementos principales que conforman los programas de EC a nivel urbano y rural. A lo largo de este capítulo he planteado algunas contradicciones, observaciones y cuestionamientos sobre la APS en la Nicaragua Libre. Antes de pasar a la presentación de los datos sobre la producción de los servicios, que conforma el último apartado de este capítu-

lo, quisiera plantear otra contradicción que observe en la implementación de la APS; se trata de la cuestión del presupuesto.

Los datos arrojan un presupuesto de 12% del gasto total del gobierno central para la totalidad del sector salud. (41) Sin embargo, es al especificar como vá a ser repartido el presupuesto que la contradicción entre *prioridad para la APS-presupuesto* se evidencia. Veamos que dicen los datos: El *Plan de Salud-82* señala que apenas el 14% del total del presupuesto para la salud está destinado a la APS y el 47% para la atención hospitalaria. En córdobas (1 dólar equivale a 10 córdobas) las cifras son las siguientes: 168.8 millones para la APS y 561.4 millones para la atención hospitalaria. El costo por habitante para la APS es de C\$ 57.85 córdobas y para la atención hospitalaria 192.35.

Es importante señalar que en el presupuesto para la APS no se están tomando en cuenta los costos destinados a la formación de recursos humanos, a la comunicación y educación popular, al rubro medicamentos y al control y erradicación de la malaria, actividades intrínsecas de la APS. Es decir, si tomamos en cuenta los gastos para esas actividades señaladas, el costo para la APS se elevará. Es lo que se evidencia al consultar fuentes más recientes. En el *Plan de Salud-83* los datos se presentan de forma más detallada, lo que permite analizar el problema con mayor claridad. En este plan, la asignación del presupuesto está estructurada de acuerdo a los siguientes programas:

CUADRO VI.6. Estructura programativa y presupuesto (en millones de có
Nicaragua, 1983.

Programa	Denominación	Pr por
01	Actividades centrales	12
02	Actividades comunes a los programas 03, 04. 05, 06. 07, 08. 09, 10'y 11	35
03	Atención Hospitalaria General	61
04	Atención Médica Psiquiátrica	1
05	Rehabilitación Física	
06	Atención Médica Dermatológica	
07	Atención a Tuberculosos	
08	Atención Médica Infantil	1
09	Atención Primaria	21
10	Control y Erradicación de la Malaria	5
11	Comunicación y Educación Popular	1
12	Formación de Recursos Humanos	2
13	Saneamiento Básico Rural	1
099	Partidas no Asignables a Programas	5
TOTAL DEL PRESUPUESTO		1.52

Cuadro elaborado en base a datos de la División Financiera del MINSA c
en el Plan de Salud-83.

A través de este cuadro podemos observar que el presupuesto para la APS tomado aisladamente representa apenas el 13.9% del presupuesto total frente a un 40.5% destinado a la Atención Hospitalaria General. Sin embargo, con tan sólo su-
mando otros programas relacionados con la APS como son los programas 07, 08, 10, 11 y 13 (sin contar con el programa 02) el porcentaje del presupuesto sube a un 21%. Pero, pese a todo, el presupuesto para la Atención Hospitalaria General reba-
sa el presupuesto para la APS.

Asimismo, en el año de 1981 el 4.79% del PIB fue destinado a la salud, menos que en el año de 1977, que fue de 5.50%.⁽⁴²⁾

Cualquier explicación a este problema sería más ideológica que objetiva. Pero, aún así, quisiera hacer una breve reflexión acerca del menor presupuesto para la salud hoy en relación al período somocista. Y es que sería incorrecto analizar el dato en sí mismo, de forma aislada, sin tomar en cuenta una premisa básica: la posibilidad o imposibilidad de llevar a cabo con éxito la APS está relacionada no sólo con el presupuesto de que dispone sino con la estructura social, económica y política de la sociedad que hace uso de él. Y si bien hay una diferencia del presupuesto para la salud entre el somocismo y el sandinismo, hay que tomar en cuenta que la implementación de la APS hoy descansa sobre el intensivo trabajo de las masas organizadas y de donaciones de otros países que no están incorporados al presupuesto total para la salud,

Para el caso concreto de Nicaragua Libre, serán los años, la profundización de la participación de la sociedad ci-

vil en el proceso revolucionario global y sanitario y la profundización del proceso revolucionario en su totalidad los que darán contestación a esta cuestión, aparentemente contradictoria.

3.3. La PPS en el período somocista

En lo que se refiere a la PPS bajo el régimen dictatorial tenemos que, siguiendo en la misma línea desarrollista de la EC, la población debía participar en los programas que estaban siendo llevados a cabo en aquel entonces, como eran el PRACS y el PLANSAR. Era en esos programas que la comunidad era llamada a participar una vez que para el somocismo los individuos debían ser sujeto y no solamente objeto del desarrollo, es decir, que los individuos debían trabajar para el desarrollo (del capitalismo por supuesto) y es más, el componente educativo o la "educación en salud" era un factor determinante para el éxito. ¿Qué deviene del componente educativo, así planteado? Que para lograr este famoso éxito había que cambiar los hábitos y actitudes, en donde la población debía buscar cambiar su condición de vida a partir de su propio esfuerzo. Los cambios en los hábitos y actitudes llevarían a que la comunidad mejorara sus normas de comportamiento. Ese fué el planteamiento oficial sobre PPS que Nicaragua llevó a la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas en el año de 1977.

Sin embargo, en su definición los tecnócratas sanitarios del somocismo eran un poco más progresistas. Así defi

nían la participación comunitaria: "Proceso en el que se persigue la acción conjunta de la comunidad organizada y las instituciones del Estado, para la detección y solución de sus problemas".⁽⁴³⁾ Pero, cuando se plantea por otro lado que es el Estado el que hace participar a la comunidad se puede observar el carácter fuertemente impositivo que se le daba a la PPS. Era la institución quien dictaba las normas, los reglamentos, daba las orientaciones e incluso bajo que lineamientos debía seguir la discusión de los problemas. Por detrás de este planteamiento supuestamente progresista, se ocultaba la verticalidad e imposición de la relación "comunidad-instituciones del Estado".

Respecto a la "solución de sus problemas" es evidente que era muy bien venido por parte del Estado el aporte que la comunidad, hacía para tratar de resolver sus propios problemas, una vez que en ese período no era prioritario para el Estado aportar para los gastos sociales. La comunidad ayudaba a este Estado a disminuir sus costos de inversión en servicios. Veamos este dato: "Del 100% a invertir con el componente educativo y la participación comunitaria, se garantizaba una inversión aproximada de un 33% por la comunidad, lo que disminuye a la inversión gubernamental a un 67% total."⁽⁴⁴⁾ Aunado a esto está el hecho de que los moradores debían aportar lo máximo que podían y de forma voluntaria en mano de obra no especializada y en materiales, debían asumir el compromiso y la responsabilidad en la construcción, en la operación y conservación de las obras. Con todo esto el Estado lograba dis-

minuir todavía más sus gastos en el sector salud. Otro dato. Aunque se planteaba que la comunidad debía participar de forma organizada, en realidad los educadores de los programas comunitarios de salud pisaban temerosos en el terreno de la "organización". En realidad, no era la comunidad organizada la que participaba, no sólo porque esta organización no existía, sino porque la llamada "organización", que merecía más bien el nombre de imposición a la formación de los comités de salud, no existía, o mejor, era articulada a partir de las tareas de los educadores de salud. Era responsabilidad de estos educadores formar los comités de salud. Había que hacer existir los comités de salud precisamente porque las organizaciones populares no existían. Tanto es así que en todo un semestre de trabajo del PRACS se reunieron apenas 16 CRS y 57 miembros del comité de salud para un Congreso Campesino, en una comunidad de aproximadamente 950 personas, en el norte del país.⁽⁴⁵⁾

Lo que se buscaba con la participación de la comunidad en el somocismo era el mantenimiento del poder económico de dicho régimen y su recuperación política; en fin se trataba de mantener el "orden constituido". Por esto, cuando la comunidad ensayaba alguna forma de organización independiente de los programas sanitarios del régimen, era duramente reprimida.

Por último, se puede decir que la comunidad estaba al margen del saber. Sabemos que el índice de analfabetismo era alto, pe

ro, además, estaba al margen de otro saber: el de que, los objetivos de los programas de salud servían para ocultar el objetivo estratégico principal: "organizar en salud para evitar la organización para revolucionar la salud".(46)

A manera de conclusión, veamos que nos dicen los "nicas" de la Nicaragua Libre respecto a esto: "Concretamente, no podemos hablar de participación comunitaria, real porque en esencia los objetivos y fines que perseguían, eran de manipulación de las masas y de instrumentalización de situaciones de inestabilidad social para mediatizar la incorporación del pueblo a la lucha insurreccional para destruir la dictadura".(47)

3.4. *La PPS en el período de la revolución en el poder*

La Revolución Sandinista cuenta con la participación del pueblo organizado en salud ya desde antes de su triunfo del 19 de julio. Esta situación va de encuentro a la concepción de que la PPS camina hacia dos direcciones fundamentales: una de ellas es la participación que va de encuentro a la integración al sistema, como un elemento de legitimación. Esta es la participación etre comillas, la participación ficticia de que hablaba en el primer capítulo, la falsa participación que supuestamente ocurre bajo las relaciones antagónicas entre capital-trabajo. La otra es la participación que se orienta hacia cambios, la participación que, aunque bajo relaciones capitalistas *en crisis* busca transformaciones más profundas en la sociedad. En el decir de Luis Weinstein esta idea es así

expresada: "La participación del pueblo en las tareas de salud puede tener un alcance legitimador en lo concerniente a las estructuras vigentes, o ser expresión de la búsqueda de caminos para presionar en dirección hacia cambios, ser un medio de aprendizaje, de maduración para el ejercicio de la libertad". (48)

La participación en salud, (una particularidad de la participación de las masas por desmantelar el régimen somocista), se daba fundamentalmente a través de las siguientes organizaciones: Comités de Defensa Civil, hoy Comités de Defensa Sandinista, Asociación de Mujeres ante la Problemática Nacional (AMPRONAC), hoy Asociación de Mujeres Nicaraguenses Luisa Amanda Espinoza (AMNLAE) y la Asociación de los Trabajadores del Campo (ATC), todas articuladas con las estructuras del FSLN. De menor importancia, pero no por eso menos trascendente, fueron los proyectos implementados desde la Universidad Nacional (UNAN) y algunos organismos de masas, con las limitaciones propias del régimen dictatorial.

En la lucha armada, cuidar de la vida de los combatientes es prioritario y fundamental. A la mejor, la forma como aquí se plantean las actividades en salud de estas organizaciones populares puede parecer trivial, pero su significación rebasa las palabras que en el papel se derraman. ¿Qué actividades tan trascendentes son estas? Dejemos que los "nicas" nos contesten: "Las principales experiencias desarrolladas en torno a la insurrección popular fueron el establecimiento de una red de primeros auxilios y atención básica a combatientes y población civil. En cuanto a la medicina preventi-

va se implementaron medidas colectivas de higiene y saneamiento para prevenir epidemias durante y después de la ofensiva final". (49)

La participación de las masas organizadas en Nicaragua vinculadas con su vanguardia representada en el FSLN, después del triunfo organiza y trata de consolidar un nuevo Bloque Histórico. Veamos que es lo que ocurre con la salud y la participación popular en ella después del 19 de Julio.

En el período inmediatamente posterior al triunfo (bien como en la fase final de la guerra de liberación) las masas participan activamente, a través de sus organizaciones, en tareas urgentes y extremadamente necesarias como son: la limpieza masiva de las ciudades (de no ser este trabajo de saneamiento llevado a cabo, probablemente no se hubieron evitado algunas pestes y epidemias) y las campanas de vacunación. Las orientaciones sobre esas tareas concretas inmediatas eran difundidas por Radio Sandino y las estructuras organizativas sobre la cual se basó la estrategia de emergencia fueron: la organización popular por manzanas, bajo la orientación y dirección del Comité de Defensa Civil y la formación de puestos de emergencia distribuidos por barrios. "... de estas estructuras organizativas se conformaron los comités populares de salud y la comisión popular de salud que debía coordinarse con la Comisión Médica del Movimiento Pueblo Unido para asegurarse la eficacia y el consenso a nivel popular, sobre las actividades de salud que debían realizarse". (50)

Este fue un período de auge y de participación masiva por parte del pueblo organizado. Sin embargo, después de esta fase, le sigue un relativo reflujó en la participación. Se analiza este movimiento y se plantea que algunos organismos de masas todavía no poseen un nivel organizativo adecuado y que las masas no tienen, todavía, el nivel de conciencia política que exige el proceso revolucionario, pero, fundamentalmente, se carecía de instancias que articularan el MINSA (Estado) con las masas organizadas. De ahí que se crean los *Consejos Populares de Salud* para cada área de salud de cada región. Las *Comisiones Populares de Salud*, por su lado, sirven de enlace entre el MINSA y las masas a nivel regional y central.

El Consejo Popular de Salud: "Es la representatividad de las bases ante el Estado, para presentar planteamientos iniciales para la solución de la difícil situación de salud en que se encuentra el pueblo".

La Comisión Popular de Salud: "Es el Organismo mediante el cual, se garantizara la participación del pueblo en la gestión de salud, ya sea en la investigación de necesidades, como la planificación de actividades y evaluación de resultados. La CPS viene a materializar la idea de plasmar las aspiraciones del pueblo

lo en programas concretos. Es un avance organizativo entre el estado y el pueblo, para determinar líneas de acción y canalizar esas actividades de manera coordinada (...). El objetivo principal de la CPS es desarrollar el principio participativo democrático, consolidando las estructuras básicas a nivel popular, para que la toma de decisiones se efectúe en todos los niveles, a través de los cuales, se den respuestas concretas a los problemas planteados en materia de salud". (51)

Se da en lo que son las Comisiones Populares de Salud (CPS). En ellas participan los Comités Populares de Salud, siendo que, en 1980 la Comisión Popular Nacional de Salud, la cual deberá estar vinculada con los Comités Populares de Salud de las once áreas de Managua y los Comités Populares de Salud del país. La CPNS está formada por representantes de cada organismo de masa, a saber:

- Trabajadores del Campo
- Trabajadores

- C.D.S. - Comités de Defensa Sandinista
- AMNLAE - Asociación de Mujeres Nicaraguenses Luisa Amanda Espinoza
- A.N.S. - Asociación de Niños Sandinistas
- ANDEN - Asociación Nacional de Educadores Nicaraguenses
- FETSALUD - Federación de Trabajadores de la Salud
- JS19J - Juventud Sandinista 19 de Julio.

Se plantea que es a través de las JPS que el pueblo organizado hará concreta su participación, en todo el proceso referente a la salud, participando de la planificación y teniendo como punto de llegada la evaluación, es decir, participando en el proceso de gestión de la salud en todos sus componentes, en su totalidad.

4. La Producción de los Servicios

Como ya tuvimos oportunidad de observar, la SPT fue asumida tanto por el Estado somocista como por el Estado sandinista. Sin embargo, la voluntad política de estos regímenes, tanto como cualquier otro, no puede solamente ser medida a través del discurso, sino que, más importante de lo que se dice es lo que se hace. Las transformaciones de la organización sanitaria, de los programas para extender la cobertura, y el carácter de la participación popular presentados aquí fueron los principales parámetros para examinar cualitativamente hasta qué punto la decisión política va aparejada de la realidad, hasta qué punto la intención se acompaña del gesto. Los datos de producción que presento a seguir obedecen a la misma in

tencionalidad.

Los siete elementos de la APS que tomé como parámetro de comparación fueron los siguientes:

- 4.1 - Unidades Sanitarias
- 4.2 - Consultas Médicas
- 4.3 - Atención a la Madre
- 4.4 - Inmunizaciones
- 4.5 - Control de la Tuberculosis
- 4.6 - Control de la Malaria
- 4.7 - Formación de Recursos Humanos

El criterio de selección obedeció a la disponibilidad de los datos y a la prioridad asignada a algunas actividades de la APS, entre ellas las señaladas arriba. Al seleccionar los datos me encontré frente a problemas de diferencias de algunas actividades entre los dos períodos. Por ejemplo, en el programa de atención integral al niño del sandinismo se incluyen las actividades de las Unidades de Rehidratación Oral (UOR) que en el somocismo no existían. La falta de datos del somocismo aunado a estas diferencias en los programas dificultaron la selección. Sin embargo, pienso que la "voluntad política" de que hablaba puede verse reflejada en los datos que presento a continuación.

4.1. Unidades Sanitarias

En el período somocista, hasta el año de 1977, la zona rural contaba con 50 puestos de salud (PS); para este tipo

de unidades en la zona urbana no existen datos disponibles, sin embargo lo que se sabe es que las ciudades contaban con más unidades que el campo. Un dato ilustrativo de la prioridad que se le asignaba a la ciudad es que, en el año de 1972, el 75% del presupuesto se designó para Managua, que en aquel entonces contaba con el 25% de la población total.⁽⁵²⁾ Se preveía, de acuerdo al programa de EC presentado en la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (Washington, 1977) la construcción de 167 PS hasta el año de 1980. Pero, hay una distancia de años luz entre lo que se planteaba al exterior y lo que se hacía al interior. Detengámonos un rato en lo que contiene el Plan de Salud 1976-80 respecto a esto.

Su proyecto de inversiones No. 3 plantea la construcción de nueve PS. Es necesario aclarar que el MSP no era la única institución que debería ocuparse de la APS,⁽⁵³⁾ sin embargo era la más importante. Es necesario aclarar también que la construcción de estas unidades debería darse con el "apoyo" de las comunidades, el Estado aportaba una parte del material y ayuda técnica. Todavía más reveladores de las verdaderas intenciones del somocismo son las cifras que siguen: existían cuatro proyectos de inversiones, no exclusivamente para la APS. Estos proyectos eran: la construcción del Complejo Nacional de Salud, de 19 Centros de Salud (CS), de 9 PS y el último era reparación y remodelación de CS. Los gatos, en miles de córdobas, eran respectivamente: 62,000, 7,745, 1,210 y 1,000.

datos del período de la revolución de 1980 la APS contaba con una contaba con 573 y en 1982 453, ad por 10,000 habitantes de 1.3, 1982, respecto al año de 1980, un 24%, a pesar del cierre de s fronterizos por las amenazas

el hecho de que la población, ha sido elemento fundamental tema de salud. La búsqueda hecho que la población tome tros de salud. Tal es el ca- nagua.

Tabla 1. Consultas Médicas en Nicaragua

Categoría	Número de consultas Médicas		Consultas por hab.	
	1981	1982	1977	1980
Consultas	411 452	6 022 634	1.0	1.8
			1.9	2.1

FUENTE: DIPLAN/MINSA, Plan de Salud

leer este cuadro el salto que consultas a partir de que la que señalar que la inexisten

cia de información para los años 1978/79 impide establecer una relación más objetiva entre el período de decadencia del régimen somocista y la emergencia del poder sandinista, en lo que se refiere a esta materia.

Cuadro IV.8 Consultas Médicas por unidad de atención, Nicaragua

Unidades de Atención	1980	%	1981	%	1982	%
PS y CS	5 013 8	60.5%	3 093 6	57.2%	3 782 7	62.8%
Hospitales	1 963 8	39.5%	2 317 8	42.8%	2 259 9	37.2%
Total	4 982 6	100.0%	5 411 4	100.0%	6 002 6	100.0%

Fuente: Modificado de MINSA, *Plan de Salud 1983*

El objetivo de este cuadro es indicar la prioridad que se le ha asignado a la atención a nivel de los PS y CS. Si bien en el año de 1981 la atención en las áreas de salud sufre un decremento relativo, en 1982 se observa que aumenta otra vez. Como podemos observar la relación entre PS y CS con los hospitales en 1980 era de 60.5% para los primeros y de 39,5% para el segundo. En 1982 la relación se inclina más para las unidades de atención primaria a la vez que en los hospitales disminuye el número de consultas médicas. Es la báscula que tiende una vez más hacia la APS.

4.3. Atención a la madre

El programa de atención a la mujer se compone de las siguientes actividades básicas:

- control pre-natal
- partos institucionales
- control del puerperio
- control de la fertilidad
- control del cancer mamario y cervico-uterino

Sin embargo, la inexistencia de datos del período somocista en estos rubros permitirá evaluar apenas las dos primeras actividades, esto es control pre-natal y partos institucionales.

4.3.1. Control pre-natal

Cuadro IV.9. Atención a la Mujer - control pre-natal. Nicaragua.

	1974	1976*	1977*	1978*	1979*	1980*	1981	1982
Control pre-natal	20 000	39 900	54 800	66 270	76 850	89 400	82 599	133 132
% cobertura	16%	30%	40%	47%	53%	60%	57%	89%

Fuentes: MSP, Plan de Salud 1976-80 y MINSA, Plan de Salud 1983.

* Los datos de 1976 hasta 1980 son proyecciones realizadas en el período somocista en base a 1974. Es importante aclarar el carácter exageradamente optimista de estas proyecciones. Basta comparar las cifras que aparecen en el Informe sobre el estado de salud en Nicaragua 1974-1977 en donde, en el año de 1977, las consultas de pre y pos natal alcanzaron solamente los 47 342 mil. Comparando con la proyección hecha para este mismo año observamos la inmensa distancia entre la intención y el gesto.

Observando este cuadro nos daremos cuenta con que es notorio el incremento que ha tenido el cuidado a la mujer embarazada.

... en el poder, la cual para el
... de 89.1%. Esto tiene como ex
... la prioridad que se ha
... del MINSA y la labor de las
... programa, fundamentalmente de

CUADRO IV.10. Atención a la Mujer. Partos Institucionales. 1977-1982

Regiones y Zonas Especiales	NO. DE PARTOS INSTITUCIONALES				(%) COBERTURA DE FRENTE A PARTOS		
	1977	1980	1981	1982	1977	1980	1982
I	3.503	5.076	5.183	5.914	28	40	
II	7.798	7.820	8.831	9.320	42	37	
III	18.234	21.646	22.743	22.377	53	60	
IV	7.005	8.515	9.693	10.508	41	39	
V	1.231	2.572	2.948	3.101	11	22	
VI	3.432	3.963	4.055	4.476	24	25	
1	135	1.091	1.120	1.231	4	33	
2	527	738	828	856	19	30	
3	82	138	226	223	10	11	
NACIONAL	41.947	51.559	55.627	58.006	37	41	

Fuente: DINEI - DIPLAN - MINSA. *Plan de Salud 1983.*

4.5.2. Partos atendidos nacionalmente

Los partos atendidos nacionalmente son los partos atendidos en cualquiera de las unidades de salud del SNUS, ya sean hospitales o centros de salud.

El número de partos atendidos nacionalmente ha aumentado considerablemente en el número absoluto de muertes, en comparación al año de 1977; lo mismo ha ocurrido en los tres años siguientes (1980/81/82), incluso se observa que en la región de la Amazonia apenas se consigue mantener la misma cobertura (relativa) respecto al año de 1977. Se considera que esta cobertura es insatisfactoria si se toma en cuenta que el hospital de Chiriquí estuvo clausurado varios meses debido a daños sufridos por las lluvias. Sin embargo, la cobertura porcentual en las otras regiones ha aumentado considerablemente, hecho que tiene como base de explicación la prioridad que se le asigna al programa Materno-Infantil, el aumento de la demanda y de los servicios.

4.4. Inmunizaciones

CUADRO IV.11. Inmunizaciones. Dosis-Aplicadas. Nicaragua.

Tipo de Biológico	1975	1976	1977	Total	1980	1981
BCC	51.632	153.606	72.409	277.647	81.228	139.32
Polio	833.768	825.669	926.113	2585.550	538.178	1163.85
Sarampión	32.867	76.812	165.223	274.902	101.829	225.932
DPT	282.517	205.115	208.760	816.392	384.949	410.693
DT						153.220
DT			9.850	497.202	327.228	410.693
DT						225.932

FUENTES: * * * * *
 * * * * *
 * * * * *

Número de personas a vacunar, vacunadas y porcentaje por tipo de actividad económica en Nicaragua, 1982.

No. de personas a vacunar	% de personas vacunadas
211.275	31
205.825	30
85.088	22
167.606	18

MINSA. Plan de Salud 1983

La cobertura con las vacunas

de los trabajadores a vacunar es este dato.

V.11 podemos observar que el aumento de las vacunadas es notorio. En apenas un año ha doblado el número de personas a vacunar. A todo, la cobertura de la población es baja. Observando el cuadro IV.12 podemos llegar a las metas de cobertura en un largo camino a recorrer. Por ejemplo, con BCG y antiserampionosa en el 90%; a las mujeres embarazadas del 100% con la anti-tetánica.

Los datos obtenidos en el programa de

inmunizaciones tienen como soporte principal la labor que realizan los organismos de masas en las tareas sanitarias a través de las JPS. Y es fundamentalmente del trabajo de esos organismos de masas que depende la continuidad y el progresivo avance en la cobertura que se busca alcanzar.

4.5. Control de la Tuberculosis

En el control de la tuberculosis se incluyen una serie de actividades que tienen por objeto prevenir la enfermedad vacunando a los susceptibles (observar cuadro IV.12) y prevenir la población bajo riesgo mediante quimioprofilaxis e interrupción de la cadena de transmisión. Este último se hace mediante el diagnóstico en los Sintomáticos Respiratorios de 21 días o más (SR + 21), y el tratamiento de los BK⁺. Observamos en este cuadro un aumento significativo en el número de casos nuevos, lo que indica un aumento en la búsqueda de los SR + 21.

CUADRO IV.13. Número de casos nuevos de tuberculosis BK⁺
Nicaragua

Año	1975	1976	1977	TOTAL	1980	1981	1982	TOTAL
Casos Nuevos BK ⁺	432	1,904	631	2,967	568	1,875	1,330	3,773

Fuentes: MSP, Información del Estado de Salud en Nicaragua, 1974-1977, y MINSA, Plan de Salud 1983.

4.6. Control de la Malaria

CUADRO IV.14. Control de la Malaria

Variab <u>les</u>	Años	1975	1976	1977	Total	1980	1981
Muestras Examinadas		259.675	250.582	215.093	725.350	22.236	223.473
Muestras Positivas		24.692	26.928	11.584	63.204	25.465	17.434
Indice de Laminas Positivas (ILP)		9.5	10.5	5.4		11.5	7.8
Indice Anual de Exámenes de Sangre (IAES)		- - -	- - -	- - -		8.8	8.3
Incidencia Parasitaria Anual (IPA)		11.0	11.4	4.9		10.1	6.4

Fuente: Ibidem.

- 263 -

En este cuadro podemos observar un aumento significativo en el IAES en el año de 1982. Observamos también un leve aumento en el número de muestras examinadas de la población bajo riesgo en los tres años de la revolución en relación a los tres años anteriores. Si bien el número de muestras examinadas se ha venido incrementando, notamos que el ILP disminuyó, probablemente esto se explique por una evolución positiva de la enfermedad.

4.7. Formación de Recursos Humanos (RH) para la salud

El programa de EC del somocismo presentado en la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (Washington, Sept./1977) planteaba la necesidad de mejorar la capacidad de los RH del sector salud, como una forma de reforzar y extender la cobertura de los servicios, principalmente en la zona rural y peri-urbana. Frente a esta necesidad fue que se creó el Instituto Nacional de Recursos Humanos (INRHUS). Veamos en los dos cuadros que siguen con que tipo de trabajadores los somocistas pensaban prestar atención primaria.

En el curso de formación básica (Cuadro IV.15) es absoluta la ausencia de trabajadores para la atención primaria. Llama la atención también que el curso de mayor duración es para los técnicos en rehabilitación, los cuales trabajan básicamente en los niveles terciarios de atención. Conocido esto uno se pregunta: ¿Donde quedó la atención primaria?

CUADRO IV.15. Cursos de Formación Básica Desarrollados bajo el Patrocinio del INRHUS en Coordinación con las Diferentes Instituciones del Sector Salud

Nombre del curso	Duración	Núm. Estudiantes
Técnicos de RADio-Diagnóstico	6 meses	41
Auxiliares de Dietetica	7 meses	30
Equipamiento de Unidades de Salud	2 meses	15
Técnicos de Rehabilitación	2 años	30

Fuente: MSP, *Informe sobre el Estado de Salud, 1974-1977*, Nicaragua.

CUADRO IV.16. Programas de Educación Continua Desarrollados por el INRHUS con Asesoría Técnica Internacional

Nombre del Curso	Participantes	No.	Duración
Patología de Tirooides	Médicos	25	1 semana
Cuidado Primario	Enfermeras	40	1 sem. (1a. etapa)
Salud de la Mujer y el Niño	Enfermeras	12	3 meses
Administración	Ejecutivos Sector Salud	43	9 meses
Medicina Social y Comunitaria en Centros Rurales y Urbanos	Profesionales de Salud	30	3 semanas
Cuidado Intensivo Coronario	Enfermeras	-	- - - -
Manejo del paciente politraumatizado		-	- - - -

Fuente: Ibidem.

En el cuadro IV.16 se observa que lo más importante es la formación de ejecutivos del sector salud, tanto numéricamente como en el tiempo de duración del curso. Por otro lado, no hay ninguno sólo médico general para la APS, a menos que por el término poco preciso de "profesionales de salud" estos estén incluidos. De todos modos, se pretende que en 3 semanas y formando a 50 profesionales la cobertura se extienda al 100% de la población.

Por otro lado, si bien el bocio endémico tenía un alto índice de incidencia, las enfermedades de la glándula tireoide jamás aparecieron como principales causadoras de muerte en Nicaragua; sin embargo, aquí, es el primer técnico del listado que se prevé adiestrar.

.... cuanto desfaz entre el discurso y la realidad.
Como dirían Ruy Guerra y Chico Buarque:

Si traigo las manos lejos de mi pe-
cho es que hay distancia entre in-
tención y gesto (De tal manera que
después de hecho Desencontrado yo
mismo me contesto).

La FRIH para la APS del período de la revolución en el poder se transforma radicalmente en relación al período anterior. Esta transformación ocurre desde los principios mismos que rigen la formación de los trabajadores sanitarios, bajo una concepción de que, en lo general, la PM y la ideología educativa que le da un nuevo sesgo tiene una función importante en el desarrollo y consolidación de la nueva sociedad nicaraguense. (54)

CUADRO IV.17. Residencia Médica. Nicaragua, 1982

ESPECIALIDADES	M E D I C O S R E S I D E N T E S				
	R - I	R - II	R - III	R - IV	TOTAL
Pediatría	11	2	4	-	17
Cirugía	13	4	8	-	25
Gineco-Obstetricia	17	5	13	2	37
Medicina Interna	18	4	13	-	35
Residencia Rotatoria (*)	2	1	3	-	6
Ortopedia	1	2	-	2	5
Oftalmología	-	-	2	-	2
Patología	1	-	-	-	-
Neurocirugía	-	1	-	1	2
Otorrinolaringología	-	1	-	-	1
Urología	-	-	1	-	1
Cirugía Pediátrica	-	1	-	-	1
Psiquiatría	3	1	1	-	5
Dermatología	2	-	-	-	2
Radiología	1	-	1	-	2
Maxilo-Facial	2	1	1	-	4
TOTAL	71	23	47	5	146

Fuente: MINSAL, Plan de Salud 82, Nicaragua.

(*) El residente pasa un período de 6 meses en cada uno de los servicios básicos (Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Cirugía).

... medicos generales en el año de
... e formaron 120 y en 1982 103 pa
... spectivamente. Sin embargo,
... absolutos son los numerosos des
... Para esto observemos el cuadro

... notable la prioridad que se le asigna a la forma
... de médicos con especialidad para atender en las cuatro áreas
... pediatría, ginecología-obstetricia, medicina interna y ci
... rugía. Completamente acorde con los planteamientos de
... programas prioritarios del SNUS:

- Atención integral de la madre y el niño
- Atención integral del adulto
- Control de las enfermedades transmisibles

Hasta aquí he presentado los aspectos referentes a
... Pero la APS fundamenta sus acti
... vidad principal en la labor de enfermeras, técnicos me
... dios y higienistas de salud.

La formación del personal de enfermería, bien como
... de la Docencia Médica Superior,
... del MINSA. En el año
... de 132, a la vez
... de nuevas escuelas, fué de
... en relación al número de
... Si tomamos en cuenta que no to-

dos los que egresan terminan la carrera, el aumento de enfermeras en un 300% puede estar sobrestimado. De todos modos pienso que el aumento (contando con los probables abandonos en el transcurso de la carrera), es bastante positivo.

Respecto a los técnicos medios, el Instituto Politécnico de Salud "Luis Felipe Moncada" (Managua) es la institución que vinculada orgánicamente al MINSA, se encarga de adiestrarlos. Las metas de formación de técnicos pueden ser observados en el siguiente cuadro:

CUADRO IV.18. Programación 1982
Programa de Docencia Médico Media. Nicaragua

Descripción	Metas 1982
Auxiliar de Enfermería General	630
Auxiliar de Sala de Operaciones	35
Asistente Dental	35
Trabajador Sanitario	35
Auxiliar de Rayos X	35
Técnico de Laboratorio	35
Técnico de Registros Médicos	35
Técnico Optico Refractivo	29
Técnico en Fisioterapia	28
Post-Básico en Anestesia	20

Fuente: Modificado de Docencia Médica Media, *Plan de Salud* 82.

Es importante hacer notar el número de auxiliares de enfermería general en relación a las especialidades, lo cual representa el 69% del total del personal a ser formado. Este

dato ilustra el planteamiento de orden general lo cual asigna prioridad a la APS.

Finalmente, el elemento básico e indispensable para llevar a cabo la propuesta de APS en la Nicaragua de la revolución en el poder es el Brigadista de Salud (BS), Es elegido por la organización a que pertenece y es el que hace el enlace comunidad-centro o puesto de salud. Recibe capacitación de personas previamente capacitadas utilizándose para esto el "proceso de efecto multiplicador". Explico: en el principio del proceso el MINSA aporta 10 educadores para capacitar cada uno de estos a 12 personas. En seguida se realizan talleres en los departamentos, donde cada una de esas 120 personas capacitan a otras 12, dando como resultado la capacitación de 1.200 personas. Posteriormente, en un segundo taller, que se realiza en los municipios de todo el país, cada una de esas 1.200 personas capacita a otras 20 personas más, resultando de ese trabajo la formación de 24.000 brigadistas de salud, los cuales reproducen los talleres para todo el pueblo, en los barrios, comarcas y valles. El resultado final de esta labor fué la formación, en 1981, de 86.975 brigadistas. En Brigadista de Salud debe tener amplio conocimiento de la comunidad para ayudar, articulado con los Comités de Educación Popular en Salud, en la solución de los problemas de salud que afectan a esa comunidad en donde va a trabajar.

Pero, a diferencia de los "colaboradores de salud" somocistas que recibían capacitación para la APS por unos meses, hoy, el BS es persona que debe estar en continua superación

falso

ción hasta lograr la mayor capacitación posible para la APS. En el somocismo, cuando no había una preocupación real por extender la cobertura ni mucho menos objetivos claros respecto a la SPT 2000, el colaborador sanitario debía trabajar para objetivos tan abstractos como la salud (en abstracto repito) y la felicidad. Hoy, por la firme voluntad política que se expresa en hechos concretos, el BS encuentra la razón de su trabajo en las actividades específicas que realiza a través de uno de los proyectos más importantes del área social: las Jornadas Populares de Salud (JPS).

Las JPS tienen su trabajo centrado en la educación sanitaria, realización de tareas preventivas más urgentes, por ejemplo, vacunación masiva contra la polio, sarampión, tosferina, tétanos, etc., etc.; limpieza de las ciudades que tantas epidemias previno, además de otras actividades como la prevención y control de la malaria.

El BS recibe capacitación adecuada para ejercer su labor y, bajo el principio de que no interrumpa su proceso de aprendizaje es que la población podrá estar atendida por personal cada vez más capacitado; en contraposición a la tradicional concepción de que la APS se dá a través de la labor de personal sin capacitación para tal.

Pero, la razón principal del trabajo de los BS, auxiliares, técnicos, médicos, etc., etc., es que a través de la búsqueda por mejorar el perfil sanitario de Nicaragua, están contribuyendo para alcanzar las metas que el Estado Sandinista trazó, como expresión de la SPT 2000.

N O T A S

- (1) MINSAs, *Salud: Políticas, Logros y Limitaciones*, Mimeo, Nicaragua, 1980, pág. 18.
- (2) "El SNUS en la coyuntura actual", en *Análisis sobre la problemática del SNUS*, Preparado por una Comisión Interinstitucional nombrada por la JGRN, Nicaragua, 11 de Julio de 1980, pág. 3.
- (3) Ministerio de Salud Pública, *Proyecto de Mejoramiento de los Servicios Rurales de Salud*, Mimeo, Nicaragua, Junio, 1977, pág. 4.
- (4) Ministerio de Salud Pública, *Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud con las estrategias de Atención Primaria y Participación de la Comunidad en Nicaragua*, IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, Washington, D.C., 26-27 de Septiembre de 1977, pág. 5.
- (5) MINSAs, "El SNUS en la coyuntura actual", *op. cit.*, pág. 4.
- (6) Ministerio de Salud Pública, *Extensión de Cobertura de los Servicios de salud...*, *op. cit.*, pág. 6.
- (7) José Carlos Escudero, "Año Cero en Salud", en *Cuadernos de Marcha*, México, año I, No. 5, ene-feb, 1980, pág. 47.
- (8) Ministerio de Salud Pública, *Informe sobre el estado de salud en Nicaragua 1974-1977*, Nicaragua, septiembre, 1978, pág. 10.

- (9) OPS/OMS. *Las condiciones de salud de las Américas, 1977-1980*, publicación Científica No. 427, Washington, D. C., 1982, pág. 22.
- (10) John M. Donahue. "Nicaragua: Participación de la comunidad organizada en programas de Salud antes y después de la Revolución de 1979", en *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, Núm. 23, San José, Costa Rica, sep-dic, 1982, pág. 125.
- (11) Us Department of Health Education and Welfare, Office of International Health, "Synchrisis: The Dynamics of Health IX - Nicaragua", Publicación (OS) 74-50007, 1973, citado por José Carlos Escudero, *op. cit.*, pág. 48.
- (12) Unidad de Análisis del Sector Salud, "Análisis de la situación de salud en Nicaragua", Managua, Nicaragua, julio, 1976, citado por José Carlos Escudero, *op. cit.*, pág. 48.
- (13) José Carlos Escudero, *op. cit.*, pág. 48.
- (14) John M. Donahue, *op. cit.*, pág. 125.
- (15) José Carlos Escudero, *op. cit.*, pág. 49.
- (16) MINSA, *Informe de la Situación de salud en Nicaragua*, presentado por el Ministro de Salud Dr. Cesar Amador Kuhl en la XXXIII Asamblea Mundial de la Salud, Nicaragua, Mayo, 1980, pág. 10.
- (17) John M. Donahue, *op. cit.*, pág. 125.

- (18) Ibidem, pág. 126.
- (19) José Carlos Escudero, *op. cit.*, pág. 51.
- (20) MINSA, *Logros y Limitaciones en Salud*, Mimeo, Nicaragua, 1980, pág. 9.
- (21) MINSA, *Salud: Políticas...*, *op. cit.*, pág. 24.
- (22) Ibidem, pág. 25.
- (23) Ibidem, pág. 34.
- (24) Es necesario aclarar que si omito la presencia de las parteras empíricas, de los yerberos, de las comadronas y todo el personal que se ubica en las formas alternativas de ejercicio de la práctica médica, es simplemente porque el objeto de estudio de mi trabajo está centrado en la práctica médica a nivel institucional.
- (25) MINSA. *El SNUS en la coyuntura actual*, *op. cit.*, pág. 6.
- (26) Los datos que presento en este apartado (Las políticas generales del período somocista) fueron tomados del *Plan de Reconstrucción y Desarrollo 1975-1979*, Mimeo, Managua, Nicaragua, 1978.
- (27) El subrayado es mío.
- (28) Benjamin Coriat. *El Taller y el Cronómetro*, Siglo XXI Editores, Madrid, 1982, pág. 61.

- (29) Los datos que dicen respecto a las políticas sandinistas, a excepción de las políticas sanitarias, fueron tomadas de la *Primera Proclama de Gobierno de Reconstrucción Nacional*.
- (30) MINSA, *Programa de Extensión de Cobertura de los Servicios de salud*, Nicaragua, 1978, pág. 20.
- (31) John M. Donahue, *op. cit.*, pág. 125.
- (32) MINSA, *Salud: políticas...*, *op. cit.*, pág. 34.
- (33) Esta cuestión fué discutida al final del primer apartado de este capítulo; sin embargo, fué nuevamente planteada en las PS, motivo por la cual la retomo aquí.
- (34) Ministerio de Salud Pública, *Informe sobre el estado de salud en Nicaragua, 1974-1977*, *op. cit.*, pág. 46.
- (35) Mongalo y otros, "Medicina Comunitaria", ponencia presentada en el XVI Congreso Nacional de Medicina y Cirugía, Nicaragua, Octubre de 1976, pág. 13; citado por Benno de Keiser y Jeannette Ulatte en, *Educación, Participación en Salud e Ideología: Nicaragua Pasado y Presente*, ponencia presentada en el VII Seminario Regional del Programa Centroamericano de Ciencias de la Salud del CSUCA sobre "Sistemas de Salud y Participación Popular en Centroamérica", Costa Rica, oct-nov, 1980, pág. 150.
- (36) MINSA, *Plan de Extensión de Cobertura*. Mimeo, Nicaragua, 198?, pág. 4.

- (37) MINSA, *La Participación Popular como Componente y Estrategia de la Atención Primaria*, Mimeo, Nicaragua, 1983, pág. 4.
- (38) MINSA. Programa de Extensión..., *op. cit.*, pág. 9.
- (39) MINSA. Programa de Extensión de Cobertura Rural, Mimeo, Nicaragua, 1980-1981, pp. 2-3.
- (40) Jaime Wheelock Román. Nicaragua: Imperialismo..., *op. cit.*, pág. 126.
- (41) Documento Básico revisado en la Reunión de Consulta Técnica y en la Reunión Especial de Ministros de Salud de los países de Centroamérica y Panamá, *Necesidades prioritarias de salud en Centroamérica y Panamá*, San José, Costa Rica, marzo, 1984.
- (42) MINSA. *Plan Perspectivo de los Servicios de Atención Primaria y Secundaria*, Mimeo, Nicaragua, 1982, pág. 27.
- (43) MINSA. *Educación y Participación en Salud*, Mimeo, Nicaragua, 1981, pág. 25.
- (44) *Ibidem*, pág. 22.
- (45) John M. Donahue, *op. cit.*, pág. 134.
- (46) MINSA. "Participación Popular en Salud en Nicaragua, Mimeo, Nicaragua, 1982, en *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, Núm. 21, San José, Costa Rica, oct-nov, 1982, pág. 160.

participación..., op. cit., pág. 27.

Autogestión..., op. cit., pág.

popular en salud..., op. cit.,

popular y las Organizaciones de Ma-
"salud en Nicaragua", en *Revis-*
Ciencias de la Salud, san José,
1980, pág. 167.

de la primera sesión para la forma
popular de salud, 3 de julio de
Popular..., op. cit., pág. 169.

..., pág. 125.

prestaban atención a nivel hospi-
ocupaba de sus asegurados (menos
ción). Estas eran las otras insti-
n coadyuvar a la APS.

temática consultar tesis de Tir
La formación del nuevo médico
concepción integral, Maestría en Me-
ción Mecanográfica, UAM-Xochimilco,

CAPITULO V. CONCLUSIONES

Después de haber tratado de caracterizar la APS dentro del conjunto del sistema sanitario y en relación con la formación social de ambos períodos de este estudio, ha llegado el momento de tratar de sintetizar en este capítulo los elementos más importantes que, apreendidos de la realidad y en la conjunción de lo empírico con lo teórico, permiten plantear conclusiones. Reitero el carácter constructivo de las mismas, partiendo de que a una revolución como la RPS le urge la verdad y no el elogio mistificador.

La primera es que a través de este estudio concluyo que la RPS está en un proceso de transición a la transición, en donde su avance, su estabilidad ó su retroceso, está determinado por la lucha de clases nacional e internacional. En una situación como esta, los logros en términos de la EC generan sus propios límites, de los cuales enumeraré algunos:

- Si bien los avances a nivel cuantitativo son palpables, se impone una pregunta: ¿Las transformaciones cuantitativas en términos de práctica médica tienen su correspondencia en transformaciones cualitativas que rebasen las formas hegemónicas tradicionales de esa práctica? En determinado momento de la presentación de los datos, llamé la atención sobre el tecnicismo que fluye de los planteamientos y propuestas del MINSA, llamé la atención sobre el hecho de que el modelo médico flexneriano sigue vigente sin ninguna cortapisa, sin ninguna crítica. Esto nos lleva a la necesidad de plantear un segundo pro

El modelo tradicional de práctica médica que persiste hasta hoy, es porque las formas alternativas de ejercicio de la medicina se encuentran en la oscuridad y como formas secundarias cuando a la par de la primera. Se trata de una forma de dividir lo bueno y lo malo, de sintetizar, de dejar que el ejercicio médico sea realmente una expresión de la voluntad popular en el sentido de que esta se manifiesta a nivel particular y de lo cual su efectiva expresión es la consolidación del poder popular.

Lo que también predomina en la educación popular es el paternalismo de socialización. Los técnicos que saben transmiten sus conocimientos y los que están desprovistos de él. El pueblo necesita un especialista para sintetizar y analizar en el análisis concreto del hecho de la enfermedad los conocimientos del encargado de transmitirlos. La cuestión no se resuelve unilateralmente con el conocimiento de los técnicos sino que se resuelve revolucionaria con el saber popular.

La superación de esos problemas y

... largo de este trabajo, depende
... y del papel de las masas en
... Hemos anteriormente que la lu-
... el curso del proceso revolu-
... terno. La presencia de la con-
... peligrosa y ha hecho muchos boi-
... el proceso revolucionario nicara-
... pasado la situación en Nicaragua
... a los años que sucedieron el
... gobierno decretó estado de emer-
... gencia que reveló
... De estas, resumiré las
... primordialmente de los gra-
... material agrícola e industrial
... de construcción, etc., etc.),
... grandes extensiones de bosques,
... depósito de petróleo, destruc-
... infantil y escuelas. La guerra
... contra de la revolución sandinista
... refiere directamente a la salud,
... salud y el asesinato de trabajado-
... medidas irreparables. (1)

... la RPS ha obtenido logros sanita-
... de Nicaragua se habían realizado.
... se forjó como producto de la
... civil en la revolución, la SPT
... abstractamente. La SPT 2000

oportunidad de demostrar la importancia de:

de vida a 65 años.

general a 7 u 8 por 1,000 habi-

infantil a 30 ó 35 por 1,000 na-

agudos por 1,000 habitantes.

3 camas de agudos por 1,000 habi

por 1,000 habitantes.

or 1,000 habitantes

abitantes.

autorizadas con equipos de salud

que la participación popular

actividades de salud y no sola-

abajo". (2)

logros de una revolución como la

metas señaladas, se puede veri-

indicadores tradicionales reco-

ial de la Salud en 1981. (3)

to nivel oficial de la meta de

un país que ha definido claramen

la adopción de la SPT 2000, esc

En la *Primera Proclama* de go-

que la salud para los nicaraguen-

inalienable y que en la meta so-

cial de la JGRN hacer efectivo el derecho a la salud es prioritario. Después que la revolución tomó el poder, la salud, como parte del plan nacional de la JGRN, está encabezada por el principio citado y para cumplirlo, se asume la SPT 2000

2. "Adopción de los mecanismos necesarios para asociar a la población en la puesta en práctica de la atención primaria de salud".- más que "asociar a la población" en las tareas de la APS, Nicaragua ha sido profundamente marcada por la presencia de la sociedad civil organizada en el proceso revolucionario en su totalidad y en el proceso revolucionario sanitario. Y si bien la ejecución de las tareas ha sido decisiva en los logros sanitarios alcanzados, ya tuvimos oportunidad de observar que no es la única instancia de participación, una vez que, como mencionaba en el capítulo anterior, la PPS opera en la planificación, en la programación y en el control de las tareas.
3. "Desembolso para la salud del 5% del PNB".- en PIB, el desembolso para la salud representó un 4.79% en el año de 1981. La proyección para 1986 es de 4.81% del PIB nacional. (4)
4. "Asignación de un porcentaje 'razonable' del PNB para atención de salud basada en la comunidad en vez de en el hospital".- el dato de que entre 1980-83 se construyeron 185 PS frente a la construcción de 4

hospitales habla en favor de la APS en relación a la atención hospitalaria.

5. "Apoyo proporcionado por los países desarrollados a los menos desarrollados".- en las PS dictadas por el MINSA se plantea que Nicaragua debe buscar ayuda internacional tanto de recursos humanos como materiales. La presencia de trabajadores sanitarios extranjeros es un hecho además de que Nicaragua cuenta con la ayuda financiera proveniente de Suiza, Bulgaria, Holanda, de los países que forman parte de la Comunidad Económica Europea, de la URSS, bien como de organismos internacionales como la OPS, la OMS, el BIRD, el BID, el Consejo Mundial de Iglesias y el Comité Católico de Francia.

6. Prestación selectiva de atención primaria de salud para impulsar el saneamiento y el abastecimiento de agua, el programa ampliado de inmunización y la organización de servicios locales de atención curativa a los que puedan tener acceso en una hora los habitantes a quienes sirven".- en las políticas estatales de la JGRN se plantea ampliar los servicios de agua, de alcantarillado y de luz. Pero, vá más allá al plantear que el gobierno debe privar el subsidio estatal de esos servicios a la industria privada para beneficiar a la población. La vacunación, como hemos constatado en el IV capítulo, ha venido incrementándose después del triunfo revolucionario. Final-

mente, la regionalización de las áreas de salud establece que el tiempo para que el enfermo llegue de su casa al local sanitario no debe sobrepasar los 60 minutos. Y si esto es así con 94 áreas de salud en 1981, la tendencia es que el tiempo sea disminuido si se logran alcanzar los objetivos de crear 17 nuevas áreas de salud en 1986 y 55 en 1996.⁽⁵⁾ Asimismo, la sectorización es el otro elemento que permite que el tiempo que el paciente hace para llegar al local sanitario sea disminuído.

7. "Nutrición infantil adecuada".- la atención nutricional a los niños y también a las madres embarazadas y lactando, obtuvo un rendimiento de 100% entre los años de 1980-82.⁽⁶⁾ Hablan en favor de una nutrición adecuada los cambios estructurales ocurridos con la revolución, como por ejemplo la creación del APP, el precio de la canasta básica y, la garantía de la alimentación por parte de la JGRN.
8. "Índice de mortalidad infantil menor de 50 muertes por cada 1000 niños nacidos vivos".- en apenas cinco años de revolución es difícil evaluar los avances en términos de índices de mortalidad sobretodo porque no se dispone de datos para tal. Sin embargo, podemos hablar en términos de proyección de metas. En la definición de las metas de SPT 2000 del sandinismo se estima la disminución de la mortalidad infantil a 30 ó 35 por 1000 nacidos vivos.

9. "Una esperanza de vida al nacer de 60 años por lo menos.- lo anteriormente señalado es válido también en relación a este indicador. Se preve que, para el año 2000, la esperanza de vida al nacer será de 65 años en contra de 54 años (sexo masculino) y 57 años (sexo femenino) en 1977.
10. "Un PNB anual per cápita mayor de US\$ 500".- se estima que para el año de 1966 el per cápita en US\$ por habitante será de 850, en relación a 780 en 1981 y 590 en 1977.⁽⁷⁾
11. "Una distribución equitativa de los servicios de salud entre las poblaciones rurales y urbanas".- la prioridad que se le asigna a la EC rural habla en favor del cumplimiento de este indicador. Pero, una vez más la revolución supera el indicador señalado al distribuir la cobertura y programar la APS a partir de las necesidades específicas del perfil patológico.
12. "Adopción de nuevos indicadores de salud más amplios que cubran tanto las condiciones ambientales como la demanda, el suministro y la utilización de los servicios de salud".- el primer dato empírico a rescatar para evaluar este indicador es la creación del SNUS, los principios que lo rigen y su organización. Es necesario también volver la mirada a las políticas sanitarias de la revolución en el poder, a la regionalización, a la EC y las modalidades participativas

de las organizaciones de masas.

Finalmente, quiero dejar sentado el hecho de que la exhaustiva y larga, pero indispensable tarea de presentación de los datos obedeció al lineamiento metodológico central de que: *el estudio de la APS a nivel comparativo debe tomar en cuenta las diferencias estructurales históricas y coyunturales sobre la cual descansa.* En el caso concreto de Nicaragua Libre lo que ha permitido que la APS haya logrado avances, fué la transformación de su estructura económica, política y social a través de una revolución. De otra manera, Nicaragua nunca hubiera podido plantear la unificación del sistema sanitario, la socialización de la medicina, la coherencia en los programas de APS frente a las necesidades prioritarias del perfil patológico, la amplia y decisiva participación popular, las políticas acordes con el hacer efectivo el derecho a la salud, etc., etc. Si no hubiera transformado la estructura sobre la cual descansaba los logros mencionados hubieron resultado meras quimeras imposibles. Primero hay que hacer la revolución y paralelamente revolucionar la salud si se quieren rebasar los límites propios del reformismo burgués. De tal manera que, como lo ha demostrado Nicaragua, para que se logren avances relevantes frente a los particulares perfiles patológicos en términos generales, es necesario, en primer lugar, que se realicen transformaciones estructurales a fondo, cambios revolucionarios, no arreglos reformistas.

Ahora bien, los peligros no se conjuran con el optimismo mistificador, se vencen afrontándolos de manera realista.

Ya dije que los límites a un proceso como el de la RPS está en su carácter de estar en una transición a la transición. Esta fase se superará de acuerdo al sesgo que tenga la lucha de clases en este país y la posibilidad de que a nivel internacional, sea frenada la intervención del imperialismo.

Si la RPS logra vencer a la contrarrevolución y respirar la paz tan anhelada, si lo que gritan y cantan en unísono los sandinistas de que *no pasarán* se hará realidad -como lo fue hasta hoy- podemos pronosticar en positivo, es decir, el objetivo de SPT 2000 podrá ser una realidad. Porque, si algo ha impulsado a que se lleguen a las metas propuestas para el año 2000, este algo ha sido la RPS.

N O T A S

- (1) Periódico Uno Más Uno. *Nicaragua: preparativos de invasión*, México, 6 de noviembre de 1983.
- (2) MINSA. *Plan Perspectivo de los Servicios de Atención Primaria y Secundaria*, Mimeo, Nicaragua, 1982, pág. 2.
- (3) Robert G.A. Boland y Mary E.M. Young. "La Estrategia, el costo y el progreso de la Atención Primaria de Salud", en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 16, Núm. 3, 1982.
- (4) MINSA. *Plan Perspectivo...*, *op. cit.*, pág. 27.
- (5) *Ibidem*, págs. 19 y 30.
- (6) MINSA. *Plan de Salud 1983*, *op. cit.*, pág. 101.
- (7) MINSA. *Plan Perspectivo...*, *op. cit.*, pag. 27.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Adolfo Guilly. "Estado y Lucha de Clases en la Revolución Nicaraguense", en Transición y Construcción Socialistas, Revista de la Facultad de Economía de la UNAM, no. 154, vol. XXXIX, México, oct-dic, 1980.
- Adolfo Guilly. La Nueva Nicaragua (Antimperialismo y Lucha de Clases), Editorial Nueva Imagen, México, 1980.
- Alberto Spagnolo. La Reproducción como Categoría Básica de Análisis, mimeo., sin lugar, sin fecha.
- Ana Maria Tambellini Arouca. "O Trabalho e a Doença", en Saúde e Medicina no Brasil, Contribuição para un Debate, Edições Graal, Brasil, 1979.
- Antonio Gramsci. Notas sobre Maquiavelo, sobre Política y sobre el Estado Moderno, Juan Pablos Editor, México, 1975.
- Asa Cristina Laurell y Margarita Márquez. El Desgaste Obrero en México, Editorial ERA, México, 1983.
- Asa Cristina Laurell. La Salud-Enfermedad como Proceso Social, Mimeo, UAM-Xoch., México, 1979.
- Benjamin Coriat. El Taller y el Cronómetro, Siglo XXI Editores, Madrid, 1982.
- Benno de Keyser y Jeannette Ulate. "Educación y Participación en Salud e Ideología: Nicaragua Pasado y Presente", en Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, San José, Costa Rica, oct-nov, 1980.
- Carlos Maya. "Concepto de Estado en Gramsci", en Cuadernos Políticos, no. 33, Editorial ERA, México, jul-sep, 1982.

Carlos Núñez Telloz. Un Pueblo en Armas, Departamento de Propaganda y Educación Política del F.S.L.N., Managua, julio, 1982.

Carlos Toranzo. Notas sobre la Teoría de la Marginalidad Social, Mimeo., UAM-Xoch., México, 1982.

Christine Buci-Glucksmann. Gramsci y el Estado, Siglo XXI Editores, México, 1979.

Catalina Eibenschutz H. "Participación Popular en Salud", en Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, no. 21, San José, Costa Rica, 1982.

Clara Fassler. "Política Sanitaria de la Junta Militar Chilena, 1973-1980", en Revista Latinoamericana de Salud, no. 2, Editorial Nueva Imágen, México, 1982.

Clara Fassler y Hector Salazar Holguín. Práctica Médica, Documento elaborado para el Seminario de Especialización de Práctica Médica, Maestría en Medicina Social, mimeo., UAM-Xoch., México, 1983.

Clara Fassler. "Transformación Social y Planificación en Salud en América Latina", en Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, no. 13, San José, Costa Rica, may-ago, 1979.

Claudio Fomer. "A Pesar de Todo la Revolución Avanza Indetenible", en Revista Patria Libre, no. 26, Managua, Nicaragua Libre, abr-may, 1983.

Cornelius Castoriadis y otros. El Mito del Desarrollo, Editorial Kairós, Barcelona, 1980.

Cornelius Castoriadis. O que Significa o Socialismo, Editora Fantasma, Porto Alegre, Brasil, 1981.

- Enrique González Rojo. "En Torno al Concepto de Proceso de Transición", en Revista Iztapalapa, no. 1, UAM-Iztapalapa, México, 1979.
- Ernesto Che Guevara. "Denuncia de la Alianza para el Progreso", en varios autores, La Economía Socialista: Debate, Editorial Nova Terra, Barcelona, 1968.
- Federico Engels. El Origen de la Familia, la Propiedad Privada y el Estado, Ediciones Quinto Sol, México, sin fecha.
- Folletos Populares Gaspar García Laviana. La Revolución en un Barrio Popular de Nicaragua, Instituto Histórico Centroamericano, Managua, Nicaragua, sin fecha.
- Georges Canguilhem. Lo Normal y lo Patológico, Siglo XXI Editores, México, 1983.
- Graciela B. Pechersky. "Algunas Reflexiones sobre la Participación Popular y las Prácticas Médicas Tradicionales", en Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, San José, Costa Rica, oct-nov, 1980.
- Hesio Cordeiro y Herman Zavaleta. "Análisis de la Práctica Médica Actual en América Latina: Alternativas y Tendencias", en Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, no. 13, San José, Costa Rica, 1979.
- Hugues Portelli. Gramsci y el Bloque Histórico, Siglo XXI Editores, México, 1981.
- Humberto Ortega Saavedra. 50 Años de Lucha Sandinista, Colección Las Segovias, algún lugar de Nicaragua, 1976.
- Ignacio González Janzen. Esto Pasó en Nicaragua, Editorial Extemporáneos, México, 1979.

Jaime Wheelock Román. Frente Sandinista: Hacia la Ofensiva Final, Editorial de Ciencias Sociales, Ciudad de La Habana, 1980.

Jaime Wheelock Román. Nicaragua: Imperialismo y Dictadura, Editorial de Ciencias Sociales, Ciudad de La Habana, 1980.

Joaquín Solís Piura. "La Crisis del Capitalismo y la Salud en Nicaragua", en Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, no. 21, San José, Costa Rica, 1982.

John M. Donahue. "Nicaragua: Participación de la Comunidad Organizada en Programas de Salud Antes y Después de la Revolución de 1979", en Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, no. 25, San José, Costa Rica, 1982.

Jornadas Populares de Salud, Comisión Popular Nacional de Salud y MINSA. Jornadas Populares de Salud, Nicaragua Libre, 1981.

Jorge G. Castañeda. Nicaragua, Contradicciones en la Revolución, Ediciones Tiempo Extra, México, 1980.

José Carlos Escudero. "Año Cero en Salud", en Cuadernos de Marcha, no. 5, México, 1980.

José Carlos Escudero. "Reflexión Acerca de los Índices de Mortalidad", en Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, no. 21, San José, Costa Rica, 1982.

José Othón Quiróz Trejo. Trabajo, Proceso de Trabajo y Composición de Clase en la Industria Automotriz Terminal: el Caso de México, 1969-1980, Edición mecanográfica, Tesis UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, México, 1982.

- Juan César García. "La Medicina Estatal en América Latina (1880-1930)", en Revista Latinoamericana de Salud, nos. 1 y 2, Editorial Nueva Imagen, México, 1981 y 1982.
- Karl Marx. El Capital, Tomo I, vol. 3, Siglo XXI Editores, México, 1976.
- Karl Marx. "Glosas Marginales al Programa del Partido Obrero Alemán - Cútica del Programa de Gotha", en Karl Marx y Friedrich Engels. Obras Escogidas en Dos Tomos, Tomo II, Editorial Progreso, Moscú, 1975.
- Karl Marx. Introducción General a la Crítica de la Economía Política (1857), Ediciones Pasado y Presente, México, 1978.
- Lea Guido. "La Salud en Nicaragua", en Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, no. 21, San José, Costa Rica, 1982.
- Luis Weinstein. Salud y Autogestión. La Antimedicina a Examen, Editorial Dosbe, Madrid, 1978.
- Luis Weinstein. "Trabajo en Salud y Compromiso", en Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, San José, Costa Rica, oct-nov, 1980.
- Manlio Tirado. La Revolución Sandinista, Editorial Nuestro Tiempo, México, 1983.
- Mercedes Juárez y Mariano Noriega. La Educación para la Salud Vista desde las Culturas Subalternas, Documento elaborado para el Seminario de Educación en Salud, Maestría en Medicina Social, Mimeo., UAM-Xoch., México, 1982.
- Miguel Jesús Blandón. Entre Sandino y Fonseca Amador, sin editor, Nicaragua, 1980.

- Ministerio de Cultura. Hacia una Política Cultural de la Revolución Popular Sandinista, sin editor, Managua, Nicaragua, 1982.
- Ministerio de Desarrollo Agropecuario y Reforma Agraria. 3 Años de Reforma Agraria, CIERA, Managua, Nicaragua Libre, 1982.
- MINSA. Educación y Participación en Salud, mimco., Nicaragua, 1981.
- MINSA. Informe de la Situación de Salud en Nicaragua, presentado por el Ministro de Salud, Doctor Cesar Amador Kuhl, en la XXXIII Asamblea Mundial de la Salud, Nicaragua, 1980.
- MINSA. La Participación Popular como Componente y Estrategia de la Atención Primaria, Mimeo., Nicaragua, 1983.
- MINSA. Plan de Extensión de Cobertura, Mimeo., Nicaragua, sin fecha.
- MINSA. Plan Perspectivo de los Servicios de Atención Primaria y Secundaria, Mimeo, Nicaragua, 1982.
- MINSA. Programa de Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud, Mimeo., Nicaragua, sin fecha.
- MINSA. Programa de Extensión de Cobertura Rural, Mimeo., Nicaragua, 1981.
- MINSA. Salud: Políticas, Logros y Limitaciones, Mimeo., Nicaragua, 1980.
- MSP. Informe Sobre el Estado de Salud en Nicaragua, 1974-1977, Mimco., Nicaragua, 1978.
- MSP. Plan de Salud 1976-80, Managua, 1976.

- MSP. Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud con las Estrategias de Atención Primaria y Participación de la Comunidad en Nicaragua, Documento presentado en la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, Washington, D.C., 1977.
- MSP. Planificación y Programación de un Proyecto de Saneamiento Ambiental Rural - PLANSAR, Mimeo., Nicaragua, 1977.
- MSP. Proyecto de Mejoramiento de los Servicios Rurales de Salud, Mimeo., Nicaragua, 1977.
- MSP. Políticas Globales Contenidas en el Plan de Reconstrucción y Desarrollo, 1975-1979, Mimeo., Nicaragua, 1978.
- MSP. Programa Rural de Acción Comunitaria en Salud-PRACS, Mimeo., Nicaragua, marzo, 1976.
- MSP. Programa de Unidades Móviles para Areas Rurales-PUMAR, Mimeo., Nicaragua, diciembre, 1975.
- MIPLAN. Programa Económico de Austeridad y Eficiencia-81, Managua, 1981.
- MIPLAN, Programa de Reactivación Económica en Beneficio del Pueblo, Centro de Publicaciones de la Secretaría Nacional de Propaganda y Educación Política del F.S.L.N., Managua, 1980.
- OMS/UNICEF. Alma-Ata: 1978, Atención Primaria de Salud, Serie "Salud para Todos", no. 1, Ginebra, 1978.
- OMS. Formulación de Estrategias con el Fin de Alcanzar la Salud para Todos en el Año 2000, Serie "Salud para Todos", no. 2, Ginebra, 1979.

... para Todos en el año 2000,
... 3, Ginebra, 1981.

... para Vigilar los Progresos
... Salud para Todos en el Año
... no. 4, Ginebra, 1981.

... Desarrollo Nacional de la Sa-
... "Salud para Todos", no.

... de Salud: Normas Fundamenta-
... no. 6, Ginebra, 1981.

... la Estrategia Mundial de Sa-
... para Todos", no. 7, Ginebra,

... Trabajo para el Periodo 1984
... no. 8, Ginebra, 1982.

... en la Región de las Americas
... apertura de los Servicios de
... ención Primaria y Participa-
... de Oficial No. 156, Washing-
... 1978

... Proceso en Salud, Publicación
... D.C., 1968.

... las Américas (Santiago, Chile,
... mento Oficial No. 118,

... Ministros de Salud de las
... 9 de Octubre de 1972), Docu-
... gton, D.C., septiembre,

OPS/OMS. IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (Washington, D.C., 26-27 de septiembre de 1977), Documento Oficial, No. 155, Washington, D.C., 1978.

OPS. "Extensión de cobertura de los servicios sanitarios con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad", en, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. LXXXIII, No. 6, Washington, D.C., diciembre, 1977.

Orlando Núñez Soto. El Somocismo y el Modelo Capitalista Agro exportador, Depto. de Ciencias Sociales de la UNAN, Nicaragua, elaborado en 1977-78, sin fecha de edición.

Primera Proclama del Gobierno de Reconstrucción Nacional, mimeo., algún lugar de Nicaragua, 18 de junio, 1979.

Propaganda de la Producción, Secretaría Nacional de Propaganda y Educación Política del F.S.L.N., Managua, 1980.

Rafael Pallais. Incitación a la Refutación del Tercermundo. Con una Referencia Especial a Nicaragua, Editorial El Milenio, México, 1979.

Robert G.A. Boland y Mary E.M. Young. "La Estrategia, el Costo y el Progreso de la Atención Primaria de Salud", en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol. 26, no. 3, Washington, D.C., 1982.

Sergio Ramírez. El Pensamiento Vivo de Sandino, Editorial Universitaria Centroamericana, Nicaragua, 1980.

Sergio Ramírez. Sandino Siempre, UNAN, León, Nicaragua, 1980.

Thiris E. Quezada Aliff. La Formación del Nuevo Médico Nicaraguense: una Concepción Integral, Edición mecanográfica, Tesis UAM-Xoch., Maestría en Medicina Social, México, 1983.

Thomas Szasz. La Teología de la Medicina, Tusquets Editores, Barcelona, 1980.

UNAG, ATC. CIERA. Producción y Organización en el Agro Nicaraguense, CIERA, Managua, Nicaragua Libre, 1982.

Varios autores. Aportes para el Análisis Histórico de la Educación y la Participación Popular en Salud, mimeo., Nicaragua Libre, 1980.

Varios autores. Curso sobre la Problemática Actual, publicación colectiva del Depto. de Ciencias Sociales de la UNAN, Depto. de Historia UCA, Movimiento Alumnos Ayudantes UCA, Nicaragua, 1981.

Varios autores. El Hambre en los Países del Tercer Mundo, CIERA, Managua, Nicaragua Libre, 1983.

Varios autores. Distribución y Consumo Popular de Alimentos en Managua, CIERA, Managua, Nicaragua Libre, 1983.

Varios autores. "La Educación Popular y las Organizaciones de Masas en la Gestión de la Salud en Nicaragua", en Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, San José, Costa Rica, oct-nov, 1980.

Varios autores. "Sistemas de Salud y Participación Popular en Centroamérica", en Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, San José, Costa Rica, oct-nov, 1980.

Vladimir Illich Lenin. El Derecho de las Naciones a la Autodeterminación, Editorial Progreso, Moscú, 1980.

Vladimir Illich Lenin. El Marxismo y el Estado, Editorial Progreso, Moscú, 1980.

Vladimir Illich Lenin. Las Tareas Inmediatas del Poder Soviético, Secretaría Nacional de Propaganda y Educación Política del F.S.L.N., Nicaragua, 1980.

Victor W. Sidel y Ruth Sidel. "Primary Health Care in Relation to socio-political structure", en Social Science and Medicine, vol. 11, Gran Bretaña, 1977.

Yolanda Arango de Bedoya. "Reflexiones sobre la Atención Médica Primaria: Propositiones para un Marco Conceptual", en Educación Médica y Salud, vol. 13, no. 4, OPS, Washington, D.C., 1979.

!

PERIODICOS

Barricada, 13 de septiembre de 1970

Barricada, 6 de diciembre de 1980

Barricada, 7 de diciembre de 1980

Barricada, 10 de diciembre de 1980

Barricada, 2 de enero de 1981

Barricada, 5 de mayo de 1981

Barricada, 5 de mayo de 1982

Barricada, edición especial, 29 de abril de 1983

Barricada, 6 de mayo de 1983

Barricada, 9 de mayo de 1983

Barricada, 16 de mayo de 1983

Barricada, 23 de mayo de 1983

Barricada, 26 de mayo de 1983

Nuevo Amanecer Cultural, 29 de mayo de 1983

Barricada, 30 de mayo de 1983

El Nuevo Diario, 31 de mayo de 1983

A N E X O 1

Nicaragua: Exportaciones de (5) productos principales (miles de

	1926	1945	1950	1956	1963
Export. Total	13.029	13.686	34.200	64.664	105.667
Café *	8.100	3.668	17.331	23.169	17.538
Azúcar	876	- -	741	429	6.026
Algodón	8	- -	1.843	23.567	39.781
Carne	- -	- -	- -	- -	5.201
Oro	686	7.117	8.080	7.314	7.094
* Porcentaje café en exp. TOTALES	62.2%	26.8%	50.7%	35.8%	16.6%

Fuentes: Con base en Memorias de la Recaudación General de Aduana Central, "Principales Indicadores Económicos", 1972; Jaime Wheelock Román, *op. cit.*, p. 206.

VALOR BRUTO DE PRODUCCION EN MILLONES DE CORDOBAS: INDUSTRIA MANUFACTURERA
AÑOS 1975 - 1979.

C o n c e p t o	1975	1976	1977	
TOTAL INDUSTRIA MANUFACTURERA	5 869.0	6 411.8	7 185.8	7
Fabricación de Productos Alimenticios excepto bebidas	2 655.3	2 822.8	3 044.2	3
Matanza de Ganado	719.5	860.8	906.7	1
Avícola	32.2	40.7	47.7	
Porcino	206.6	214.2	200.8	
Vacuno	467.4	583.1	632.9	
Caballar	-	8.9	11.0	
Embutidos y enlatados	13.3	13.9	14.3	
Fabricación de Productos Lácteos	359.4	388.1	451.1	
Elaboración de pescados, crustáceos y otros productos marinos	156.0	194.4	215.4	
Fabricación de aceites y grasas ve- getales	269.1	254.4	284.4	
Comestibles	260.0	243.0	271.6	
No comestibles	9.1	11.4	12.8	
Productos de Molinería	174.6	193.0	222.6	
Molinos de Trigo	115.2	123.5	147.5	
Beneficios de Café	49.1	61.8	66.7	

Fabricación de Productos de Panadería	197.7	228.4	249.6
Fábricas y Refinerías de Azúcar	686.2	583.4	573.1
Confituras	4.5	4.9	5.0
Elaboración de Productos Alimenticios Diversos	50.1	73.8	87.0
Hielo	8.4	9.6	9.9
Industria del Café	41.7	64.2	77.1
Alimentos para Animales	38.2	41.6	49.3
Industria de Bebidas	344.3	406.3	536.1
Destilación, rectificación y mezcla de bebidas espirituosas	98.7	156.0	187.2
Bebidas Malteadas y Malta	133.2	126.7	197.7
Industria de Bebidas no Alcohólicas	112.4	123.6	151.2
Industria del Tabaco	119.7	164.6	181.1
Fabricación de Textiles	298.9	332.0	330.3
Desmontadoras	72.8	75.0	77.6
Hilados, tejidos y acabados textiles	178.5	202.6	191.0
Pasamanería	5.1	6.1	6.6
Fabricación de tejidos de punto	38.1	43.8	50.3
Cordelería	4.4	4.5	4.8
Fabricación de prendas de vestir	84.1	92.8	100.4
Industrias de Cuero y Productos de Cuero	50.9	50.0	55.0
Curtidurías	43.9	43.7	49.1
Fabricación de productos de cuero	7.0	6.3	5.9
Fabricación de calzado excepto caucho	100.0	128.1	139.4
Industria de la Madera	180.4	198.1	217.1
Madera Aserrada	123.3	140.7	148.3

Puertas de Plywood	1.6	1.6	2.2
Otras puertas	9.5	12.0	13.0
Fabricación de productos de madera y corcho n.e.p.	1.0	1.1	1.2
Fabricación de muebles y accesorios excepto metálicos	32.2	37.1	43.2
Fabricación de envases de papel y productos n.e.p.	71.9	82.1	96.8
Imprentas, Editoriales e Industrias conexas	73.7	82.0	96.6
Sustancias y Productos Químicos	729.5	807.6	960.3
Sustancias químicas básicas excepto abono	128.3	158.7	181.7
Abonos e Insecticidas	218.7	251.2	287.6
Fabricación de resinas sintéticas	75.8	79.6	97.3
Otros productos químicos	306.7	318.1	393.7
Fabricación de pinturas, barnices y lacas	30.1	29.6	41.8
Fabricación de productos farmacéuticos y medicinales	115.4	118.8	138.5
Cosméticos	45.3	48.7	66.4
Fabricación de jabón y similares	88.8	93.3	115.3
Fabricación de velas	4.4	4.7	4.8
Fabricación de fósforos	6.9	7.1	8.3
Fabricación de aditivos y pegas	15.8	15.9	18.6
Refinería de Petróleo	470.5	533.0	615.9
Fabricación de productos de caucho	14.8	17.1	19.6
Fabricación de productos plásticos n.e.p.	69.8	77.4	85.1

Fabricación de objetos de barro y loza, etc.	34.2	51.3	55.0
Fabricación de vidrio y productos de vidrio	8.0	17.7	18.9
Otros productos minerales no metálicos	157.9	166.0	186.9
Fabricación de productos de arcilla	19.4	14.6	15.6
Fabricación de cemento	75.3	81.3	99.5
Productos minerales no metálicos n.e.p.	62.3	70.1	71.8
Industrias Metálicas Básicas	25.0	28.1	30.9
Fabricación de productos metálicos excepto maquinaria	212.8	173.6	217.0
Construcción de máquinas, excepto eléctrica	18.9	20.1	21.4
Construcción de maquinaria, aparatos, accesorios y suministros eléctricos	61.3	64.8	68.4
Construcción de materiales de transporte	12.3	13.0	14.9
Otras Industrias Manufactureras	43.5	46.2	51.3

Fuente: Anuario Estadístico de Nicaragua, Instituto Nacional de Estadística y Sistema Estadístico Nacional. *Indicadores Demográficos*, Nicaragua

^a Por atraso de la Encuesta Industrial Anual, no existen datos.

A N E X O 3

VALOR POR PRINCIPALES EXPORTACIONES EN MILES DE DÓLARES. AÑOS 1975 - 1977

Productos	1975	1976	1977	1978
TOTALES EXPORTACIONES FOB	375 172	541 901	636 805	645 100
Productos Agropecuarios	166 399	278 262	379 822	360 000
Ajonjolí	1 662	1 222	1 762	3 000
Algodón	95 589	130 592	150 571	140 000
Arroz	608	1 395	8	0
Banano	4 308	4 602	4 472	4 000
Cacao	313	553	468	0
Café en oro	48 079	119 368	198 789	199 000
Frijol	503	743	10	0
Ganado Porcino	2 208	3 339	2 639	2 000
Ganado Vacuno	196	432	5 476	0
Huevo	5	4	-	0
Goma de Nispero y Tuno	207	188	156	0
Ipecacuana, raíz de	63	67	69	0
Madera en Bruto	578	1 111	386	0
Maíz	735	451	126	0
Semilla de Algodón	2 721	5 203	7 465	0
Sorgo	1 779	2	2	0
Tabaco	4 071	4 694	4 474	3 000
	2 771	4 206	2 010	4 000

Industria Manufacturera	198 735	255 056	247 297	27
Aceite de Semilla de Algodón	8 272	5 717	5 406	
Artículos de Vestuario	1 178	2 603	4 265	
Azúcar	42 552	52 829	27 842	1
Café Soluble	880	1	1 504	
Carne Fresca de Ganado Vacuno	26 955	37 621	37 278	6
Camarones y Langostas	14 884	19 740	22 032	
Cuero, Pieles y sus Manufacturas	2 984	4 099	4 822	
Lámina de Madera Prensada	1 412	2 680	2 791	
Linters	2 352	2 064	2 090	
Madera Aserrada	5 558	9 940	7 993	
Melaza	1 978	4 285	2 951	
Metales Manufacturados	5 101	6 408	8 602	
Preparados de Cereales	3 463	4 163	4 712	
Productos Lácteos	6 813	7 418	7 052	
Productos Químicos	30 318	41 544	50 991	5
Residuo de Algodón (Borra)	301	389	306	
Resina de Madera	3 442	3 069	2 100	
Textiles y Productos Conexos	9 311	11 786	11 951	1
Torta y Harina de Semilla de Algodón	9 057	8 276	10 897	1
Otros	21 924	30 424	31 712	3
Minería	9 323	8 441	9 410	1
Minerales no metálicos	677	326	504	
Cobre	497	87	308	
Oro	3 701	3 361	3 816	
Plata	218	177	403	
Plomo	1 813	746	1 675	
Zinc	2 318	3 026	2 630	
	00	218	71	

Productos No Específicos

215

142

276

Fuente: Ibidem.

PRODUCTO INTERNO BRUTO AÑOS 1975 - 1979. (Córdoba Corrientes).

	Millones de Córdoba Corrientes					Va	
	1975	1976	1977	1978	1979 ^a	75/74	7
PRODUCTO INTERNO BRUTO	11 673.0	13 029.2	15 661	14 994.9	13.449.1	10.3	
Actividades Primarias	2 490.6	2 973.0	3 572.7	3 701.2	4 005.2	2.6	
Agricultura	1 578.0	1 935.3	2 444.2	2 410.7	2 561.0	9.8	
Pecuario	762.7	844.7	934.1	1 084.0	1 266.5	12.8	
Silvicultura	60.6	84.3	80.9	83.6	73.4	28.9	
Caza y Pesca	89.3	108.7	113.5	122.9	104.3	8.1	
Actividades Secundarias	3 102.9	3 413.3	3 770.2	3 630.6	3 629.8	11.2	
Industria Manufacturera	2 459.9	2 689.3	3 016.2	3 155.9	3 406.8	15.8	
Construcción	603.9	688.9	708.2	429.2	154.3	0.4	
Minería	39.1	35.4	45.8	45.5	68.7	34.4	
Actividades Terciarias	6 079.5	6 642.9	8 318.1	7 663.1	5 814.4	5.9	
Comercio	2 937.2	2 932.7	3 828.8	3 540.3	2 225.6	2.6	
Gobierno General	709.5	846.9	946.5	1 081.9	1 110.0	18.8	
Transporte y Comunicaciones	606.0	711.3	937.1	795.8	676.1	1.2	
Bancos, Seguros y Otras Ins tituciones Financieras	307.8	388.6	437.1	416.9	365.0	3.3	
Energía Eléctrica y Agua Po table	174.8	241.4	310.2	302.5	343.9	40.1	
Propiedad de Viviendas	615.4	701.1	803.9	759.6	501.2	10.5	
Otros Servicios	728.8	820.9	1 055.3	766.1	592.6	4.1	

Fuente: Ibidem.

A N E X O 5

Nicaragua:

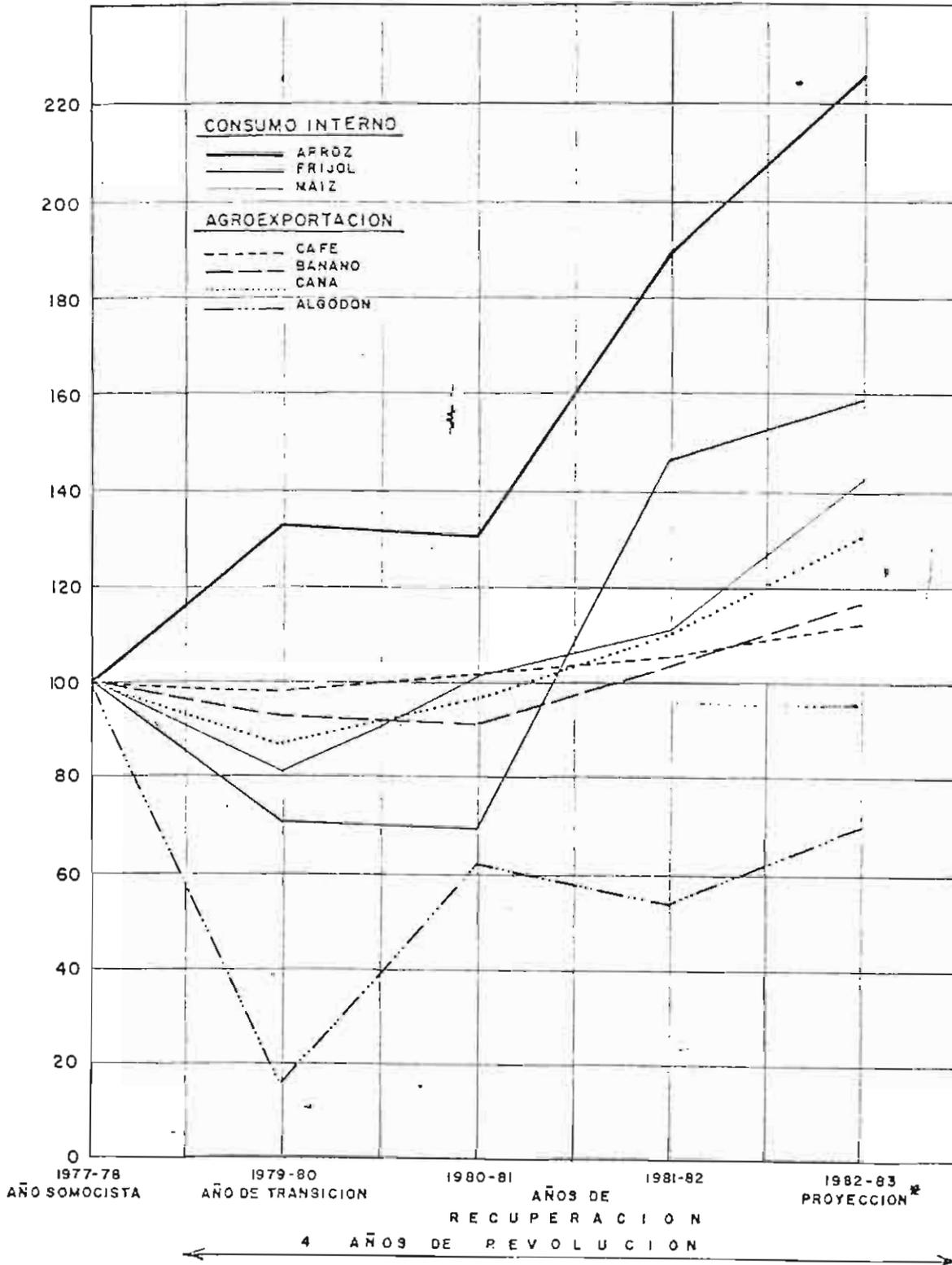
Población económicamente activa ocupada en el algodón,
en el agro y en el país en el año de 1973.

Total PEA	598.477
Total ocupados	543.936
Total ocupados en el agro	268.006
Total ocupados en el algodón	228.000

Fuente: Elaborado en base a datos de la CONAL y de la Oficina Ejecutiva de Encuestas y Censos de Nicaragua; citado en Orlando Núñez Soto, *El somocismo y el modelo capitalista agroexportador*, op. cit., pág. 53.

INDICES DE PRODUCCION AGRICOLA

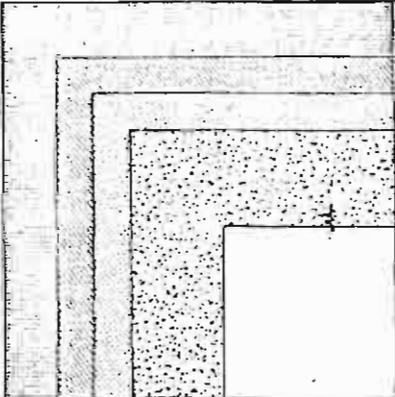
COMPARACION ENTRE LA TASA DE CRECIMIENTO DE LA PRODUCCION AGROEXPORTADORA Y LA DE CONSUMO INTERNO, 1977/78 Vs 1979/80 - 1982/1983



PROYECCIONES REALIZADAS ANTES DE LAS INUNDACIONES Y LA SEQUIA
 FUENTE: Elaborado por CIERA, citado en: CIERA, *El Hambre en los Países del Tercer Mundo*, Nicaragua, 1983, pág. 41.

A N E X O 7

COSTO COMPARATIVO DE LA CANASTA BASICA CENTROAMERICANA, JULIO DE 1982

	US\$	PAISES
	71.6	Honduras
	66.9	El Salvador
	65.9	Guatemala
	64.4	Costa Rica
	36.0	Nicaragua

FUENTE: INIES, en base a información del SIECA. Corresponde a una canasta alimenticia mínima de 21 productos consumidos por una familia de seis miembros, en un mes.

Citado en: Ibidem, pág. 44.

A N E X O S

"AGRESIONES ECONOMICAS DE ESTADOS UNIDOS CONTRA LA REVOLUCION"

Las agresiones se dan hasta este momento (23/05/83) bajo tres formas: "el corte de la ayuda bilateral, las presiones financieras en los organismos multilaterales de crédito y el intento de boicot en los mismos y el bloqueo a guerra comercial.

A continuación presentamos un resumen de los hechos:

I.- Corte de la ayuda bilateral

- 1.- Febrero 1981. Se suspende el desembolso de los 15 millones de dólares que formaban parte del famoso préstamo de 85 millones de dólares.
- 2.- Marzo 1981. Se suspende el préstamo de 10 millones de dólares para la compra de trigo bajo el programa PL 480.
- 3.- Abril 1981. Se anuncia la suspensión indefinida de toda ayuda bilateral futura pretextando un supuesto tráfico de armas por parte de Nicaragua hacia El Salvador. Se suspendió entonces un préstamo de 11.4 millones para programas de desarrollo rural, educación y salud.
- 4.- Durante el primer año de Revolución, se redujeron a 40 mil dólares los 8.9 millones de crédito que el Banco de Exportaciones e Importaciones concedió a Sol

moza en su último año. Dicho Banco suspendió las garantías para financiar importaciones de Nicaragua, lo que nos afectó sobre todo en la obtención de repuestos.

II.- Presiones financieras e intento de boicot

- 1.- En el Banco Interamericano de Desarrollo. En Diciembre de 1981 el representante de Estados Unidos vetó un proyecto por 500 mil dólares para el desarrollo de cooperativas en el sector agropecuario, presentado al Fondo de Operaciones Especiales.

Presiones norteamericanas para impedir la asignación de préstamos para la rehabilitación del sector pesquero, y proyectos de agua y alcantarillado. Al respecto, el 25 de febrero de 1983 el senador Jack Kemp, propuso al Senado norteamericano que la aportación de fondos de Estados Unidos al BID, se condicionará a que ese organismo dejase de ayudar a la 'Nicaragua marxista'.

- 2.- En el Banco Mundial.- A partir de febrero de 1982, las presiones norteamericanas en el Banco Mundial llevan a este organismo a tomar una acción unilateral contra Nicaragua que conlleva la suspensión del programa de préstamos y la exigencia de un programa de estabilización económica. Hay evidencias documentales de las razones políticas que motivan este proceder.

- 3.- En la banca privada. Pese a la solvencia financiera demostrada por el gobierno revolucionario, la banca privada internacional, presionada por la Administración Reagan, ha suspendido virtualmente el otorgamiento de nuevos préstamos, endureciendo las condiciones de pago o simplemente negándose a realizar dichas transacciones.
- 4.- El plan de la Cuenca del Caribe. La exclusión de Nicaragua, junto con Cuba y Granada, de dicho plan de escuálida ayuda para la región, se acompañó de un evidente esfuerzo de Estados Unidos por controlar la ayuda económica de Venezuela y México hacia los países de la región.

II.- Bloqueo o guerra comercial

- 1.- 1982 Amenazas de EEUU de no importar carne de Nicaragua si nuestro país hacía compras de sementales de raza a Cuba, pretextando una posible diseminación de aftosa, aunque numerosos organismos internacionales afirmaron que esa enfermedad no existe en Cuba.
- 2.- Octubre 1982. Retiro inesperado de la "Standard Fruit Company" de sus responsabilidades en la comercialización del banano de exportación, aunque esta compañía había firmado un acuerdo con el país en 1980, garantizando su participación hasta 1985.
- 3.- 1983. Retención de piezas de repuesto de computadoras compradas en Estados Unidos.

4.- Mayo 1983. Reducción en un 90 por ciento de la cuota de azúcar que Estados Unidos compraba a Nicaragua esgrimiendo razones exclusivamente políticas".

Fuente: Barricada, lunes 23 de mayo de 1983.

Esperanza de vida al nacer (años) por país, subregión y sexo, 1965-1970 y 1975-1980:
Variante media de las Naciones Unidas.

País	1965-1970			1975-1980		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Argentina	67.4	64.1	70.8	69.2	66.0	72.5
Barbados	67.6	65.1	70.2	70.0	67.6	72.5
Bolivia	45.1	42.9	47.3	48.6	46.5	50.9
Brasil	58.0	56.5	59.5	61.8	60.1	63.6
Canadá	72.0	68.9	75.3	73.5	70.1	77.0
Colombia	58.4	55.3	60.7	62.2	60.0	64.5
Costa Rica	65.6	63.9	67.5	69.7	67.5	71.9
Cuba	68.5	66.8	70.3	72.8	71.1	74.4
Chile	60.6	57.6	63.6	65.7	62.4	69.0
Ecuador	54.6	52.9	56.4	60.0	58.0	62.0
El Salvador	56.0	54.1	58.0	62.2	60.0	64.5
Estados Unidos	70.5	66.9	74.1	72.9	69.1	77.0
Guatemala	51.2	50.4	52.0	57.8	56.9	58.8
Guyana	65.2	62.9	67.5	69.1	66.5	71.7
Haití	46.2	44.9	47.6	50.7	49.1	52.2
Honduras	50.9	49.2	52.7	57.1	55.4	58.9
Jamaica	67.8	65.9	69.7	70.1	67.8	72.5
México	60.8	59.0	62.6	64.4	62.4	66.5
Nicaragua	50.4	48.9	52.1	55.2	53.5	57.1
Panamá	64.9	63.5	66.3	69.6	67.5	71.9
Paraguay	59.5	57.5	61.7	64.1	61.9	66.4
Perú	51.3	50.0	52.6	57.1	55.7	58.6
Puerto Rico	71.0	68.0	73.5	73.0	69.6	76.5
República Dominicana	55.4	53.6	57.2	60.3	58.4	62.2
Suriname	63.6	61.5	65.7	67.2	64.8	69.8
Trinidad y Tabago	67.8	65.9	69.7	68.9	65.9	72.0
Uruguay	68.5	65.3	71.9	69.5	66.3	72.8
Venezuela	61.8	59.3	64.5	66.2	63.6	69.0
América del Norte	70.6	67.1	74.2	73.0	69.2	77.0
América Latina	58.7	56.9	60.5	62.5	60.5	64.5
Caribe	60.6	58.9	62.4	62.8	60.9	64.8
Mesoamérica Continental	59.2	57.5	60.9	63.2	61.3	65.2
América del Sur Templada	65.3	62.1	68.5	68.1	65.0	71.4
América del Sur Tropical	57.2	55.5	58.9	61.3	59.4	63.2

Fuente: "World Population Prospects as Assessed in 1980", Naciones Unidas, N.Y., 1981 en OPS. *Las Condiciones de Salud de las Américas, 1976-1980.*

A N E X O 10

TASAS DE MORTALIDAD BRUTAS Y AJUSTADAS POR EDAD POR 1,000
HABITANTES, POR PAIS, ALREDEDOR DE 1978.

País	Año	Tasa bruta	Tasa ajusta da por edad
Antigua	1978	5.4	4.0
Argentina	1978	8.8	5.8
Bahamas	1979	5.5	6.1
Barbados	1978	7.7	4.6
Belice	1979	4.1	3.6
Bermuda	1978	6.2	3.8
Canadá	1978	7.2	3.8
Colombia	1977	5.8	6.3
Costa Rica	1979	4.2	4.3
Cuba	1978	5.7	4.3
Chile	1979	6.8	5.7
Dominica	1978	5.1	3.9
Ecuador	1978	7.2	7.4
El Salvador	1974	7.9	7.6
Estados Unidos	1978	8.7	4.1
Guadalupe	1974	7.3	6.3
Guatemala	1978	9.4	9.2
Guayana Francesa	1977	7.3	5.4
Guyana	1977	7.3	7.7
Honduras	1978	5.3	5.1
Islas Caimán	1979	5.4	4.2
Islas Malvinas	1977	13.5	7.4
Islas Vírgenes (RU)	1976	4.9	1.8
Jamaica	1971	7.6	6.7
Martinica	1975	6.8	5.3
México	1976	7.3	7.4
Montserrat	1979	10.0	5.5
Nicaragua	1977	5.4	5.4
Panamá	1974	5.7	5.6

Paraguay (a)	1978	7.9	8.4
Perú	1978	4.9	5.0
Puerto Rico	1977	6.0	4.1
República Dominicana	1978	4.5	4.5
San Cristóbal-Nieves y Anguila (b)	1978	9.6	6.9
San Pedro y Miquelón	1976	6.6	4.0
San Vicente	1979	6.1	5.1
Suriname	1978	7.3	6.0
Trinidad y Tobago	1977	6.5	6.4
Uruguay	1978	9.8	5.3
Venezuela	1978	5.5	5.8

(a) Area de información.

(b) Excluye Anguila.

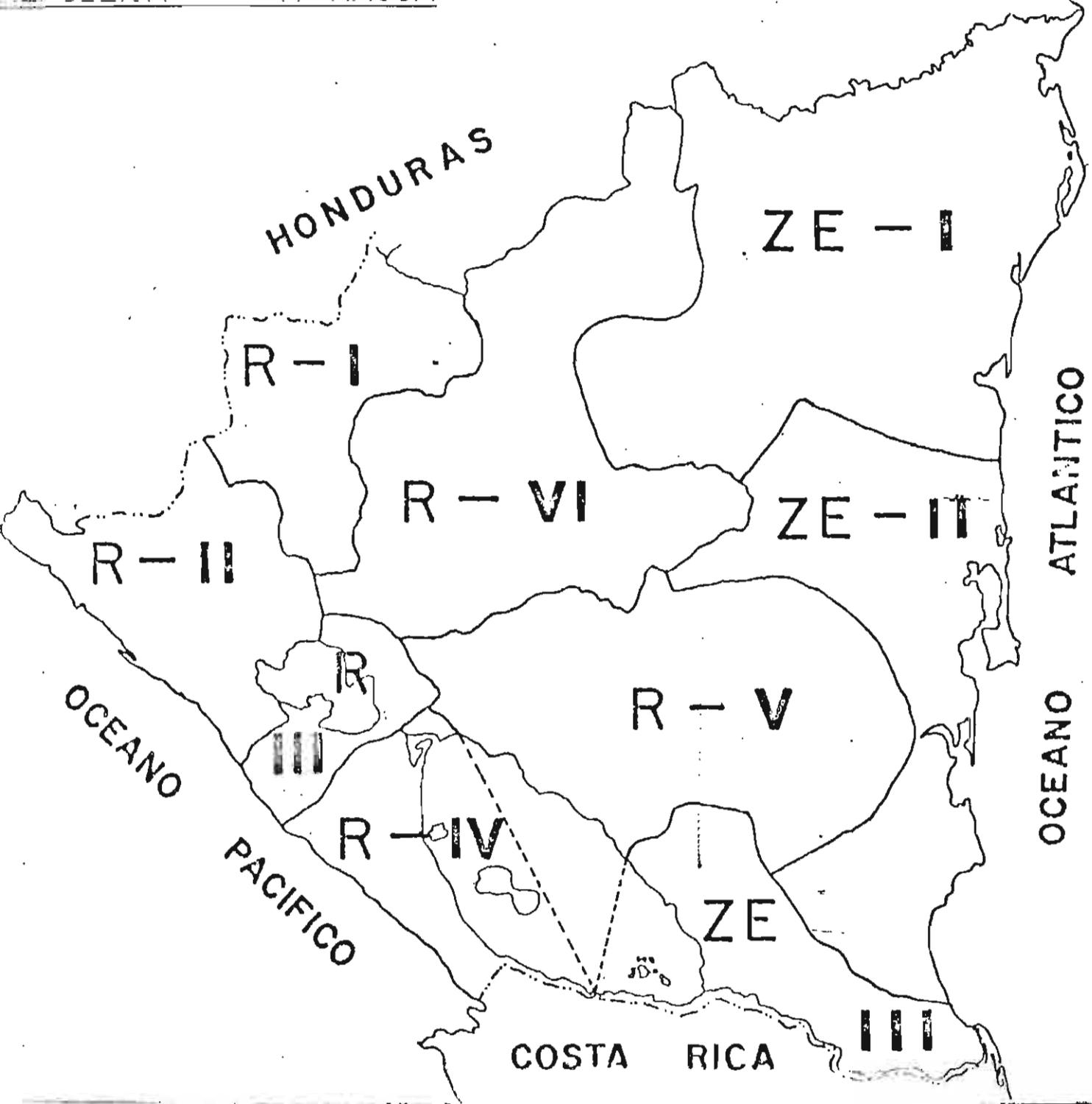
Fuente: Ibidem.

A N E X O 11

NUMERO DE DEFUNCIONES Y TASAS POR 1,000 HABITANTES, POR PAIS, 1975-1980

AREA	NUPERC					TASA						
	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1975	1976	1977	1978	1979	1980
ARGENTINA	403	491	496	402	...	422	6.6	6.9	6.9	5.4	...	5.6
ISLAS NEERLANDESES	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
ARGENTINA	...	...	238887	231462	...	...	...	...	9.2	8.8	...	...
BARBADOS	1023	976	1066	...	1240	1311	5.0	4.6	4.8	...	5.5	5.5
BELICIA	2075	2343	2155	2050	2128	2012	8.5	9.5	8.5	7.7	8.5	8.0
BELICIA	723	871	759	...	651	...	5.2	6.0	5.1	...	4.1	...
BELICIA	405	385	369	362	...	...	7.2	6.8	6.5	6.2	...	...
BELICIA	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
BELICIA	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
BELICIA	167176	167009	167498	166179	168183	...	7.4	7.3	7.2	7.2	7.1	...
BELICIA	153238	153562	145426	...	...	...	6.5	6.3	5.8	...	...	...
BELICIA	9615	9356	8907	8625	9143	...	4.9	4.7	4.3	4.1	4.2	...
BELICIA	50961	52914	55967	54949	55164	56000	5.5	5.6	5.8	5.7	5.6	5.7
BELICIA	74182	79389	73541	72321	74178	73710	7.3	7.7	7.0	6.7	6.8	6.6
BELICIA	484	526	532	417	...	...	6.5	7.1	6.7	5.1	...	...
BELICIA	...	60669	59150	56601	...	...	...	6.3	7.8	7.2	...	...
BELICIA	31960	30826	33009	30086	32936	...	8.0	7.5	7.7	6.9	7.4	...
BELICIA	1892879	1909440	1859597	1927788	1906003	1986000	8.8	8.4	8.6	8.7	8.5	8.7
BELICIA	687	751	806	765	739	721	6.2	6.8	7.3	7.0	6.7	7.4
BELICIA	2310	2368	2265	2036	2136	...	7.0	7.2	7.1	6.4	6.7	...
BELICIA	76747	81127	66254	63998	71136	71360	12.3	12.9	10.0	9.4	10.1	9.8
BELICIA	404	...	468	467	438	...	6.7	...	7.3	7.8	7.3	...
BELICIA	5918	6246	5883	6000	...	...	7.6	7.9	7.3	7.3	...	...
BELICIA	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
BELICIA	19271	18168	18576	18127	18556	...	6.2	5.7	5.6	5.3	5.2	...
BELICIA	76	81	84	71	90	...	6.9	7.4	7.6	5.9	5.4	...
BELICIA	22	10	27	24	18	10	11.0	5.0	13.5	12.0	9.0	5.0
BELICIA	54	...	...	...	34	...	9.0	...	...	...	5.7	...
BELICIA	477	512	408	504	...	540	5.2	5.4	4.1	4.8	...	5.7
BELICIA	24	59	65	...	...	78	2.2	4.4	5.4	...	...	6.0
BELICIA	14004	14635	14200	12444	...	...	6.9	7.1	6.8	5.9	...	...
BELICIA	2190	...	2155	2196	...	...	6.8	...	6.7	6.7	...	...
BELICIA	435888	455660	...	...	...	...	7.2	7.3	...	...	...	...
BELICIA	128	128	...	147	110	103	10.5	10.5	...	13.4	10.0	8.6
BELICIA	11143	12349	12492	...	32206	...	5.2	5.5	5.4	...	12.2	...
BELICIA	8683	9006	4508	7512	8188	7959	5.4	5.4	5.0	4.3	4.6	4.3
BELICIA	12012	13202	12950	13015	13086	13059	8.3	8.8	8.2	7.9	7.6	7.4
BELICIA	91037	...	41216	81806	...	...	5.9	...	5.0	4.9	...	...
BELICIA	19073	19893	19895	19574	20412	20412	6.1	6.2	6.0	5.8	6.0	5.9
BELICIA	25541	25125	25009	23127	25157	...	5.4	5.2	5.0	4.5	4.9	...
BELICIA	427	476	502	466	529	493	9.2	10.1	10.6	9.6	10.9	10.1
BELICIA	35	33	35	...	...	...	7.0	6.6	5.8	...	...	...
BELICIA	...	...	174	742	693	...	...	...	8.1	7.7	6.1	...
BELICIA	858	856	317	790	848	...	7.9	7.4	6.8	6.6	7.2	...
BELICIA	2670	2593	2516	2730	...	...	7.4	7.0	6.8	7.3	...	...
BELICIA	6899	7328	7311	7393	7600	...	6.4	6.7	6.5	6.5	6.7	...
BELICIA	27437	28845	28919	28341	...	30592	9.8	10.2	10.2	9.8	...	10.6
BELICIA	76574	76668	74143	72479	73685	76834	6.2	6.2	5.8	5.5	5.5	5.5
BELICIA	2060495	2076067	2067499	2096329	2074183	1986000	8.6	8.6	8.5	8.5	8.4	8.7
BELICIA	721784	748891	681017	754461	290298	161411	7.1	7.2	6.5	6.2	6.8	7.0
BELICIA	127756	129530	134507	128113	117480	82092	5.8	5.9	5.9	5.6	5.6	5.8
BELICIA	545030	619363	148305	124144	172816	79319	7.5	7.5	7.3	6.9	7.9	8.7
BELICIA	441494	421584	423126	566957	...	194205	6.6	7.0	7.0	7.0	6.2	6.5
BELICIA	339853	311340	381952	211089	...	85693	6.3	6.7	5.9	5.7	5.7	5.7
BELICIA	101641	103244	341374	313808	74196	104312	7.8	6.2	6.7	8.3	6.8	7.4

fuente: Ibidem.



REC
REC
REC
REC
REC
ZO
ZO
ZO

A N E X O 13

Estructura y grupos especiales de población de Nicaragua - 1983

Población Total: 3.015.000

Grupo de Población	Datos
Menores de 1 año	124.519
Niños entre 1 y 3 años	341.901
Niños entre 1 y 4 años	448.330
Niños entre 1 y 5 años	551.142
Niños menores de 5 años	675.661
Niños entre 6 y 9 años	375.066
Menores entre 10 y 14 años	394.965
Menores de 15 años	1.445.692
Mayores de 15 años	1.569.307
Adultos entre 50 y 64 años	169.538
Mayores de 65 años	72.963
Mujeres en edad fértil	669.330

Fuente: *Plan de Salud 1983.*

A N E X O . 1 4

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION POR EDAD Y SEXO EN NICARAGUA, 1980

	Hombres	Mujeres
Todas las edades	49.7	50.3
Menores de 5 años	9.7	9.4
5 - 14 años	14.7	14.3
15 - 24 años	10.1	10.0
25 - 44 años	10.3	10.6
45 - 64 años	3.9	4.6
65 años y más	1.0	1.4

Fuente: Modificado de: "World population and its age-sex composition by country, 1950-2000: Demographic Estimation and Proyection as assessed in 1978", Naciones Unidas, citado en: OMS/OLP, Las condiciones..., op. cit., pág. 176.