

T
61

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

Maestría en Medicina Social

HACIA UNA ESTRATEGIA DE CONTROL POPULAR
DE LA SALUD : EL CASO DE NICARAGUA

Tesis de Grado

~~124342~~

Dra Remei Raga Marí
México 1986

N.S.
330-16

Dedicataria

A LUIS, PER TOT ALLO QUE MANCA PER COMPARTIR.

La participación popular en salud habría que contemplarla como un proceso, en virtud del cual, las clases populares, partiendo de la situación de salud existente en un momento histórico determinado y para una sociedad concreta, pudiesen conseguir, a través de sus luchas, no sólo el control del sector sanitario como medio de promover y proteger la salud de las personas que participan en ese proceso; sino también, a largo plazo, lograr un cambio sustancial en las causas - que determinan socialmente el proceso salud-enfermedad.

INDICE

	PAGINA
INTRODUCCION GENERAL	ix
INDICE DE CUADROS	xiii
SIGLARIO	xviii
METODOLOGIA	xxi
CAPITULO I: PARTICIPACION Y CONTROL POPULAR DE LA SALUD	
1. INTRODUCCIÓN	27
2. PARTICIPACION Y CAMBIO SOCIAL	28
2.1 En torno al concepto de participación	28
2.2 Poder, Estado y Clases Sociales como marco de referencia de la participación.	31
2.3 Proceso de participación y cambio social	35
3. LA DETERMINACION HISTORICO SOCIAL DE LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN SALUD.	37
3.1 Dependencia y participación	37
3.2 La participación como vía para el desarrollo comunitario	40
3.3 Concepciones y modelos de la participación comunitaria en salud.	43
3.4 Problemática de los modelos reales.	50
4. HACIA UN CONTROL POPULAR DE LA SALUD	54
4.1 Participación y control popular	54
4.2 Condiciones y factores intervinientes	58
4.3 Elementos del control popular	63

CAPITULO II: ETAPAS EN EL DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL DE
NICARAGUA.

1. INTRODUCCION	73
2. DE LA INDEPENDENCIA POLITICA A LA DESNACIONALIZACION DE LA ECONOMIA.	74
2.1 La economía de subsistencia	74
2.2 Orígenes y desarrollo del capitalismo dependiente	75
2.3 Consolidación del modelo agroexportador	79
2.4 La industrialización tardía	82
2.5 La crisis del sistema	87
3. CORRELACION SOCIAL Y ESTRUCTURAS DE DOMINACION	91
3.1 La hegemonía olipárquica	91
3.2 El nacionalismo burgués	94
3.3 La dominación imperialista	98
3.4 Dictadura militar e insurgencia	102
4. EL DETERIORO DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y SALUD BAJO LA DICTADURA MILITAR.	119
4.1 Desgaste de la fuerza de trabajo y condiciones generales de existencia.	119
4.2 Organización de los servicios de salud: génesis y desarrollo histórico.	123
4.3 Política sanitaria: una estrategia obligada	129
4.4 Indicadores del malestar	137
4.5 Perfil epidemiológico.	139

CAPITULO III: LA REVOLUCION SANDINISTA

1. INTRODUCCION.	142
2. HEGEMONIA POPULAR Y DEMOCRACIA PARTICIPATIVA	143
2.1 Unidad Nacional y hegemonía popular	143
2.2 Organismos de masas y participación social	148
2.3 La concepción de la democracia participativa	180
2.4 Instancias de participación popular	185
2.5 La institucionalización del proceso revolucionario	201
2.6 Hacia la construcción del nuevo Estado.	212
3. DE LA RECONSTRUCCION A LA ECONOMIA DE RESISTENCIA	214
3.1 La economía mixta	214
3.2 Transformaciones socioeconómicas	225
3.3 Evolución de las principales magnitudes macroeconómicas.	229
4. LOS INTENTOS CONTRAHEGEMONICOS	238
4.1 El fracaso del proyecto político burgués	238
4.2 La agresión contrarrevolucionaria	243
5. EL CARACTER DE LA REVOLUCION POPULAR SANDINISTA	249
6. EL NUEVO CONCEPTO Y PRACTICA DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD	253
6.1 Hacia una consideración dialéctica de la salud	253
6.2 La nueva estructura y organización de la atención a la salud.	254
6.3 Políticas de salud: fundamentos y objetivos	258
6.4 Estado de salud y respuesta social.	262
6.4.1 Algunos aspectos del cuadro higiénico sanitario	262
6.4.2 Panorama de la situación alimenticio-nutricional	265
6.4.3 Perfil epidemiológico de las enfermedades transmisibles	266

6.4.4 Mortalidad por grupos de causas	273
6.4.5 Mortalidad por grupos de edad	275
6.4.6 Práctica médica, modelo de atención y producción de servicios.	276
6.4.7 Problemas en el funcionamiento del modelo de atención	305
7. LA PARTICIPACION POPULAR EN LA GESTION DE SALUD	309
7.1 Proceso de participación y organización popular	309
7.2 Dimensiones de la participación popular en el campo de la salud.	313
7.2.1 Mecanismos y modalidades de la participación	313
7.2.2 Amplitud de la participación	334
7.2.3 Areas y niveles de la participación.	340
7.3. Impacto y limitaciones de la participación popular	350
7.4 La educación popular en salud.	356
CONCLUSIONES	362
APENDICES	366
1. Guía de entrevista a informante clave sobre el tema de participación.	366
2. Guía de entrevista a informantes clave en Nicaragua	367
3. Acerca del concepto de pueblo	369
4. Los CEP: Colectivos de educación popular	374
5. Algunos ejemplos cotidianos de participación popular	375
ANEXOS	378
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	

INTRODUCCION GENERAL

Cuando se concibió la idea de desarrollar lo que ahora da contenido a la presente tesis, se pretendía contribuir a enriquecer la literatura existente sobre participación popular en salud, tanto desde una perspectiva teórica como desde una vertiente práctica, en el sentido de reflejar y sistematizar alguna experiencia reciente sobre el tema y, concretamente, el caso de Nicaragua.

Si bien es cierto que existe una cantidad relativamente importante de producción teórica sobre el tema de participación de la comunidad, participación popular, ... no sucede lo mismo a nivel de experiencias prácticas dada la escasa sistematización de las mismas, y, aún dentro de éstas, la mayoría se refieren al nivel primario de atención a la salud, entrañando la ejecución de acciones concretas relativamente simples dadas las concepciones ideológico-políticas que las animan.

Dentro de la producción teórica existente se desarrollan diferentes conceptos y modelos de participación en salud que, en su aplicación práctica, son auspiciados y promovidos por diversas instancias del poder político con el fin de lograr la cooperación de la población como medio idóneo para aumentar la eficiencia y la eficacia de las políticas sanitarias del Estado, contribuyendo directamente a reforzar el predominio de la práctica médica hegemónica. En este sentido, cuando determinadas políticas de salud incluyen una estrategia de participación comunitaria con el objeto de aumentar la cobertura de los servicios de salud, dichas políticas tratan de articular, validar y legitimar una respuesta socialmente organizada ante el proceso salud-enfermedad, que constituye la práctica médica imperante en un momento histórico.

Desde esta perspectiva, en varios países de América Latina se han implantado, con objetivos explícitos e intenciones implícitas, programas de participación de la comunidad en sus políticas sanitarias en las últimas décadas.

Los objetivos propuestos en los diferentes programas de participación en salud han sido diversos y en correspondencia con las teorías del desarrollo económico y social que los han impulsado. Pero, en todo caso, la participación de la comunidad se ha considerado como un medio, un instrumento que permitiendo la consecución de objetivos estratégicos, incrementa la eficacia y la eficiencia del sistema de salud, al mismo tiempo que consolida la hegemonía de la práctica médica imperante.

Frente al concepto subordinado de participación en salud, se trata de resaltar en la presente investigación un concepto de participación y control popular en salud que, reconociendo el carácter eminentemente político que todo proceso de participación conlleva, tienda como fin principal al ejercicio de poder por parte del pueblo organizado en la gestión y control del sistema sanitario, planificando, dirigiendo, controlando, evaluando y, en su caso, ejecutando los planes, programas y acciones requeridos en los diferentes niveles del sistema de salud, dando lugar a un nuevo tipo de gestión y control de la salud en el cual el objeto de actuación deja de ser algo abstracto e idealizado y se considera como una categoría de análisis y transformación dada su determinación histórica y social.

En una vertiente específica, y como consecuencia del proceso global de participación social que comienza a desarrollarse en Nicaragua en la etapa final de la insurrección y a partir del triunfo de la revolución popular sandinista, se analiza y sistematiza el modelo de participación popular vigente, el cual se concibe como un ejercicio del poder por parte del pueblo organizado, para lo --

cual existen mecanismos estructurales de participación en distintas áreas socio-políticas y, entre ellas, en varios niveles del sistema de salud, dentro de un proceso de cambio social en el que las viejas estructuras de poder somocista son sustituidas por una participación de las masas en la administración de todos los sectores del Estado.

El análisis seguido en la presente investigación parte de lo general para llegar a lo particular. En este sentido, en el Capítulo I se desarrolla el concepto adoptado de participación y control popular de la salud, para lo cual previamente se delimita el contenido de la participación, se afirma su carácter esencialmente político y se procede a un análisis crítico de las diferentes concepciones y modelos de participación comunitaria formulados.

En el capítulo II se inicia la parte específica de la investigación con el análisis de las diferentes etapas en el desarrollo económico y social de Nicaragua, desde que ésta se convierte en nación independiente hasta el derrocamiento de la dictadura somocista. Particular importancia adquiere este capítulo para comprender la importancia de la revolución sandinista y la naturaleza de las transformaciones acaecidas durante los últimos siete años. Por ello se inicia en este capítulo una línea de análisis que contempla con especial interés las diferentes estructuras de participación existentes en el tiempo y que son retomadas en el capítulo III con la participación popular.

El capítulo II se completa con un análisis de la situación de salud existente antes del triunfo revolucionario.

A continuación, en el capítulo III, se contempla el periodo transcurrido desde la revolución sandinista. En este capítulo, si bien se mantiene el eje de análisis iniciado en el capítulo anterior, se cambia sustancialmente el enfoque ---

pues ya no se adopta un análisis lineal sino que, en todo caso, se resaltan --- aquellos elementos, principios, objetivos y estrategias relacionadas con la participación popular destacando también los hechos que han tenido una incidencia significativa en el proceso revolucionario. Asimismo se incluyen todos aquellos elementos que están dando lugar a la conformación de una nueva práctica médica, que todavía se debate y entra en contradicción con la práctica médica imperante en el somocismo.

El capítulo y la investigación finalizan con un análisis del proceso de participación y control popular de la salud que se da en Nicaragua, describiéndose las dimensiones de dicha participación, así como sus limitaciones y el impacto que ha tenido en la salud del pueblo Nicaraguense.

Finalmente, me resta agradecer la colaboración prestada para la elaboración de la presente investigación al Dr. Guillermo González, responsable de programación del Ministerio de Salud de Nicaragua, no sólo por su apoyo técnico sino, sobre todo, por su calidad humana y la amistad brindada. Asimismo, a todas aquellas personas que de una manera u otra han contribuído a la realización de esta tesis.

Remei Raga Marí
México, D. F., 20 de Noviembre de 1986.

INDICE DE CUADROS

FIGURA	PAGINA
No. 1 Tendencia de la articulación de los sistemas formal y comunitario de salud.	45
 CUADRO	
No. 1 Posibles grupos de control popular	65
No. 2 Exportaciones totales de Nicaragua 1950-1972. Participación porcentual de cinco productos principales.	80
No. 3 Distribución del ingreso en Nicaragua 1977	85
No. 4 Distribución del ingreso Agropecuario. Nicaragua 1971	86
No. 5 Estructura de la población asegurada según actividad económica y comparación con la PEA por actividad económica.	126
No. 6 Diez principales causas de muerte con tasa bruta por 100,000 habitantes. Nicaragua 1977	140
No. 7 Nicaragua: centrales sindicales y número de afiliados. 1983.	159
No. 8 Nicaragua: Indicadores básicos de la reforma agraria. 1985	220
No. 9 Superficie entregada por la reforma agraria.	220
No. 10 Peso de las distintas formas de propiedad por sector económico 1982.	221
No. 11 Nicaragua: Evolución de la inversión, 1977-1983.	223
No. 12 Evolución de la tenencia de la tierra. Nicaragua 1978-1985.	225
No. 13 Estructura de la propiedad en Nicaragua, 1977, 1980, 1982	227
No. 14 Fuerza laboral según clase social y estructura de propiedad en Nicaragua 1980.	228

No. 15	Nicaragua: Datos globales sobre la economía, PIB, Exportaciones, balanza comercial y deuda externa (1977-1986)	232
No. 16	Déficit fiscal e inflación. Nicaragua 1981-1985	245
No. 17	Daños económicos de la agresión imperialista. Nicaragua 1980-1985.	246
No. 18	Incidencia del costo inducido por la agresión económica en el Producto Interno Bruto. Nicaragua 1980-1985.	247
No. 19	Perfil epidemiológico; Morbilidad. Nicaragua 1980-1985.	267
No. 20	Unidades de salud por tipo de establecimiento Nicaragua 1978-1985.	281
No. 21	Algunos indicadores de recursos materiales. Nicaragua 1980.	282
No. 22	Distribución de unidades por áreas de salud. Nicaragua 1985.	283
No. 23	Algunos recursos materiales instalados en Unidades de Salud por tipología. Nicaragua 1981-1984.	284
No. 24	Distribución de camas por especialidad. Nicaragua 1981-1984.	285
No. 25	Camas por 1,000 habitantes según especialidad. Nicaragua 1980-1985	287
No. 26	Recursos humanos en salud por 10,000 habitantes Nicaragua 1981-1984	288
No. 27	Recursos humanos utilizados en el MINSA, según ocupación. Nicaragua 1980-1984.	289

No.28 Producción de servicios de atención ambulatoria, Nicaragua 1980-1984.	291
No.29 Consultas médicas por habitante según tipo de usuario, Nicaragua 1980-1984.	292
No.30 Consultas médicas otorgadas por tipo de servicio Nicaragua 1980-1984.	293
No.31 Recetas despachadas por tipo de establecimiento Nicaragua 1980-1983.	294
No.32 Cobertura porcentual de vacunación BCG por grupos etareos Nicaragua 1980-1984	296
No.33 Atención hospitalaria y servicios de apoyo Nicaragua 1980-1984	297
No.34 Egresos de hospitalización por 100 habitantes según tipo de unidad. Nicaragua 1982-1984.	298
No.35 Número de talleres multiplicadores y brigadistas en las movili- zaciones antipolio, según fases. Nicaragua:años 1981,1982,1983, 1984.	335
No.36 Número de talleres, multiplicadores y brigadistas en las movili- zaciones de saneamiento ambiental. Nicaragua años 1981,1982,1983	335
No.37 Número de talleres multiplicadores y brigadistas en las movili- zaciones antidengue y antimalárica,Nicaragua 1981.	336
No.38 Número de talleres y brigadistas en la movilización de atención básica. Nicaragua 1982-1983.	336
No.39 Distribución de multiplicadores y brigadistas, según organismos de procedencia. Nicaragua 1981.	338
No.40 Nicaragua: porcentaje de participantes por organización y según tipo y año de movilización.	338
No.41 Nicaragua: total de parteras empíricas censadas según zonas.	339
No.42 Dosis aplicadas de vacunas antipolio,antisarampión,DPT, en las JPS y personas protegidas contra la malaria en Nicaragua, años 1981,1982 1983,1984.	343

No. 43	Movilización de higiene ambiental. Actividades de Saneamiento por tipo de actividad, Nicaragua 1982-1983.	345
No. 44	Movilización de higiene ambiental, Actividades de ornamentación por tipo de actividad Nicaragua 1982.	346
No. 45	Dosis aplicadas de vacuna antipoliomielítica de forma sistemática y por JPS Nicaragua 1981-1983.	349
No. 46	Dosis aplicadas de vacuna antisarampinosa de forma sistemática y por JPS Nicaragua 1981-1983.	349
No. 47	Principales indicadores malariométricos Nicaragua 1980-1983.	352
No. 48	Nicaragua, Centrales Sindicales y vinculación política.	378
No. 49	América Latina: Evolución del producto interno bruto por habitante.	379
No. 50	Centroamérica: relación entre los intereses totales pegados y las exportaciones de bienes y servicios.	380
No. 51	Nicaragua, comercio exterior, 1980-1984.	381
No. 52	Préstamos y donaciones concedidas a Nicaragua desde el 19 de julio de 1979 por origen.	382
GRAFICAS		
No.1	Facilidades en Salud y Servicios por capita, Nicaragua 1974-1982.	299
No.2	Fondos para el Ministerio de Salud y Seguridad Social y presupuesto general del gobierno, Nicaragua 1977-1983.	300

No.3	Trabajadores de la salud por cada 10,000 habitantes, Nicaragua 1974-1982.	301
No.4	Servicios médicos auxiliares, Nicaragua 1974,1982.	302
No.5	Dosis de vacunas suministradas contra la polio, DPT y Sarampión, Nicaragua, 1974-1983	303
No.6	Dosis de vacunas contra la polio, DPT, Sarampión suministradas por fuente, Nicaragua 1980-1983	304
MAPA	de Nicaragua y Centroamérica	72

SIGLARIO

ALPRO:	Alianza para el Progreso
AMNLAE:	Asociación de Mujeres Nicaraguenses "Luisa Amanda Espinosa"
ANDEN:	Asociación Nacional de Educadores Nicaraguenses.
ANS:	Asociación de Niños Sandinistas
APP:	Area de Propiedad del Pueblo.
ARE:	Asambleas de Reactivación Económica
ASTC:	Asociación Sandinista de Trabajadores de la Cultura.
ATC:	Asociación de Trabajadores del Campo
APS:	Atención Primaria en Salud
BAPS:	Brigadista de Atención Primaria en Salud
BPS:	Brigadista Popular de Salud
CEP:	Centros (o Colectivos) de Educación Popular
CEPAL:	Comisión Económica para América Latina
CCI:	Centro de Comunicaciones Internacionales
CDC:	Comités de Defensa Civil
CDS:	Comités de Defensa Sandinista
CIERA:	Centro de Investigación y Estudios para la Reforma Agraria
CIES:	Centro de Investigación y Estudios en Salud.
CNA:	Cruzada Nacional de Alfabetización
COSEP:	Consejo Superior de la Empresa Privada.
CPNS:	Consejo Popular Nacional de Salud
CPS:	Consejo Popular de Salud
CS:	Centro de Salud.
CST:	Central Sandinista de Trabajadores
DECOPS:	División de Educación y Comunicación Popular en Salud
EDA:	Enfermedades Diarreicas Agudas
EPS:	Ejército Popular Sandinista
ERA:	Enfermedades Respiratorias Agudas

FAO:	Frente Amplio Opositor
FETSALUD:	Federación de Trabajadores de Salud
FPN:	Frente Patriótico Nacional
FSLN:	Frente Sandinista de Liberación Nacional
INSS:	Instituto Nicaraguense de Seguridad Social
INSSBI:	Instituto Nicaraguense de Seguridad Social y Bienestar
JGRN:	Junta de Gobierno de Reconstrucción Nacional
JPS:	Jornadas Populares de Salud
JS19J:	Juventud Sandinista 19 de julio
MAP-ML:	Movimiento de Acción Popular Marxista-Leninista
MCCA:	Mercado Común Centro Americano
MDN:	Movimiento Democrático Nicaraguense
MIDINRA:	Ministerio de Desarrollo Agropecuario y de Reforma Agraria
MIPLAN:	Ministerio de Planificación
MINSA:	Ministerio de Salud
MPU:	Movimiento Pueblo Unido
MSP:	Ministerio de Salud Pública
OM:	Organismos de Masas
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PCD:	Partido Conservador Demócrata
PCdeN:	Partido Comunista de Nicaragua
PLI:	Partido Liberal Independiente
PPSC:	Partido Popular Social Cristiano
PS:	Puesto de Salud
PSN:	Partido Socialista Nicaraguense
SNUS:	Sistema Nacional Unico de Salud
UAM:	Universidad Autónoma Metropolitana

UDEL Unión Democrática de Liberación
UNAG: Unión Nacional de Agricultores y Ganaderos
UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México
UNAN: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNASEC: Comité Nacional Agropecuario Unidad de Análisis Sectorial
UPE: Unidades de PRODUCCIÓN Estatal
URO: Unidades de Rehidratación Oral

METODOLOGIA

La investigación acerca de la participación y control popular en salud sufrió un proceso de estudio y trabajo de siete etapas:

- Diseño de la investigación
- Recopilación de información
- Clasificación y ordenamiento de la información
- Análisis e interpretación de la información
- Redacción de la obra
- Revisión y crítica del manuscrito
- Presentación final de la obra

1. Diseño de la Investigación.

a) Selección del tema.

Es de interés para la investigadora y reúne además los requisitos -- de relevancia profesional y contemporánea.

b) Tipo de investigación.

Se trata de una investigación mixta documental y de campo, que a su vez constó de dos fases: una general, analítico-reflexiva, sobre la conceptualización y aspectos implicados en el tema de participación y control de la salud; y, en segundo lugar, otra descriptiva y también analítica de la participación popular en salud que se da en Nicaragua.

La disertación (el examen detallado de los temas y subtemas), constituyó por sí misma el trabajo de investigación documental, quedando incluida en ella la información y reflexiones acerca del tema y que fueron recogidas - en el trabajo de campo.

Se recurrió tanto a fuentes directas como indirectas de información, y en la parte correspondiente a Nicaragua, se procedió a la realización de un estudio histórico social de la formación social nicaraguense antes y después-

del triunfo revolucionario.

c) Objetivos Generales.

1- Elaborar desde un punto de vista teórico aquellos aspectos que puedan conformar un modelo abierto de control popular sobre la salud, que pueda actuar como elemento de transformación social.

2- Desarrollar una metodología operativa que permita la aplicación efectiva de un modelo de control popular en salud, dentro de los sistemas contemporáneos.

3- Analizar el proceso específico de participación popular en la gestión de salud que se da en Nicaragua, dentro de un contexto general de participación social tras el triunfo revolucionario.

Objetivos Específicos.

1.1 Investigar los diferentes conceptos, modelos y formas de participación de la población en salud existentes, tanto desde su vertiente teórica como sus experiencias prácticas, para someterlos a un análisis crítico.

1.2 Conceptualizar la participación y control de la población en salud, como un proceso fundamentalmente político que pretende un cambio social.

1.3 Estudiar la interrelación existente entre control popular y políticas de salud, en orden a promover transformaciones en la práctica médica imperante.

1.4 Determinar las condiciones objetivas y subjetivas necesarias para el desarrollo de un proceso real de control popular en salud.

2.1 Definir los diferentes estadios que implica un proceso de participación efectiva de la población en el campo de la salud.

2.2 Concretar los niveles, áreas y aspectos del sistema de salud en los que debe materializarse el control popular.

2.3 Señalar los posibles elementos que integran un proceso de participación social en salud.

3.1 Investigar el desarrollo histórico experimentado en la implantación -- del programa de participación popular en salud a partir del triunfo revolucionario en Nicaragua, así como la situación actual del mismo.

3.2 Sistematizar y analizar los resultados obtenidos como consecuencia de la aplicación práctica del proceso de participación popular en salud.

3.3 Estudiar fórmulas tendentes a maximizar el control y la participación popular en sus objetivos propuestos.

d) Hipótesis o supuestos teóricos.

- 1) La creciente internacionalización de los sistemas sanitarios permite desarrollar estrategias de lucha generalizables a diferentes formaciones económico-sociales en similar estadio de desarrollo, en orden a -- conquistar el control popular de la salud.
- 2) Existe una determinación institucional de la participación social en salud, como consecuencia de las políticas de salud formuladas en los respectivos países.
- 3) Un modelo efectivo de participación popular en salud requiere tanto -- de condiciones objetivas como subjetivas para su formulación e implementación, que hagan de la misma una participación real y no meramente formal.
- 4) El factor más determinante para desarrollar un proceso de participa-- ción popular lo constituye la organización popular.
- 5) Nicaragua, en función del proceso revolucionario que vive en la actua-- lidad, posee estructural e institucionalmente un modelo de participa-- ción popular en salud integrado en un esquema general de participación y cambio social.

6) La participación popular que se da en Nicaragua comprende tanto la -- ejecución de acciones como la propia gestión y control de la salud.

e) Límites y advertencias.

La especial situación por la que atravesaba Nicaragua en aquellos momentos junto a las dificultades de acceso a algunas zonas geográficas y a parte de la población - movilizaciones para la guerra, tareas prioritarias, etc.- no hicieron posible la realización de una encuesta a la población con el fin de cuantificar y valorar algunos efectos y actitudes hacia la participación.

No obstante, cabe señalar que se prefirió el análisis cualitativo antes que el cuantitativo, debido a las características especiales que el proceso nicaraguense entraña.

De igual manera, no se hizo una evaluación de la participación popular - en salud como un programa, puesto que dicha participación es vista y analizada - dentro del contexto social que se vive, consecuencia de todas las transformaciones político-sociales acaecidas tras el triunfo revolucionario.

Los datos económicos y en cuanto a la salud se refieren manejados fueron los últimos disponibles.

f) Tiempo y lugar de trabajo. Asesor.

La investigación se llevó a cabo de febrero de 1986 a diciembre del mismo año, en México y Nicaragua.

La asesoría estuvo a cargo del Dr. Héctor Salazar Holguín y el Dr. Edgar Jarillo Soto (ambos docentes de la maestría de Medicina Social de la UAM-Xochimilco).

2. Recopilación de información.

La labor de recolección de datos y material respecto al tema, abarcó libros, artículos de revistas, periódicos, folletos de diversas instituciones y organismos, artículos inéditos, conferencias, tesis universitarias, documentos de circulación interna ministerial, etc., hallados en librerías, bibliotecas -- (UAM, UNAM, Escuela de Salud Pública de México, Colegio de México, OPS, MINSA, Dirección de Investigaciones y Desarrollo Científico (MINSA), DECOPS (MINSA) -- CIES), hemerotecas, etc.

También se acudió a fuentes primarias mediante la técnica de entrevistas e interrogatorio directo a informantes clave (ver apéndices No. 1 y 2). Para la primera parte se seleccionaron personas que hubieran trabajado o tuvieran conocimiento del tema de la investigación con el objeto de conocer el mayor número de experiencias y completar la problematización del asunto. Para la parte de Nicaragua se seleccionaron personas directivas del Sector Salud de diferentes Unidades organizacionales del sistema, así como de distintos niveles de autoridad y especialización; personas pertenecientes a diferentes organizaciones de masa -- (CDS, AMNLAE, CST, FETSALUD, ANDEN, UNAG y ATC) tanto a nivel nacional como regional y con diferentes grados de responsabilidad dentro de las mismas, integrantes de las organizaciones populares que participaran en alguna actividad (planificadora o ejecutora) del área de salud. Hay que señalar que no se encontró a ninguna persona que no perteneciendo a ninguna organización popular participara en actividades de salud; ello no obsta para que existiera.

3. Clasificación y ordenamiento de la información.

El material informativo adquirido fué concentrado y clasificado de acuerdo a los capítulos, párrafos y subpárrafos que integraron el índice preliminar

nar. Posteriormente se evaluó cuantitativa y cualitativamente el material disponible para cada capítulo.

4. Análisis e interpretación de la información.

Al releer críticamente el material recolectado se hizo una nueva evaluación cualitativa. Se reflexionó el propósito de cada capítulo y se ajustaron algunos juicios esenciales relativos a la participación popular y los elementos que entraña. Por último se tomó nota de ideas clave en la orientación general del trabajo.

5. Redacción de la obra.

La redacción de cada capítulo requirió dar un repaso al material informativo disponible y a las ideas directivas o ejes de análisis de la investigación, y se hicieron algunos ajustes al índice preliminar. Finalmente, y en base a todo lo anterior, se procedió al desarrollo de la tesis. Se obtuvo así un borrador que fue enmendado posteriormente. Hubo también una corrección de estilo.

6. Revisión y crítica del manuscrito.

La revisión y crítica fue capitular y general, atendiendo a los temas y subtemas de la obra. Finalmente, fue redactada en forma definitiva y mecanografiada.

7. Presentación final de la obra.

Reproducida y engargolada, se entregó el número reglamentario de ejemplares a la Maestría de Medicina Social de la UAM- Xochimilco, la tesis fue presentada en la fecha prevista según el cronograma aprobado previamente.

C A P I T U L O I

PARTICIPACION Y CONTROL POPULAR DE LA SALUD.

1. INTRODUCCION

Definir qué se entiende por participación popular en salud exige previamente de definir qué se entiende por participación y a qué obedece y conduce la participación. No es lo mismo el concepto de participación manejado por las clases dominantes que el utilizado y asumido por las clases dominadas en el proceso de confrontación social.

Incluso, etimológicamente, el mismo término participación tiene un significado que predetermina la acción a seguir (participar en algo). Considerando que el vocablo participación tiene diversas acepciones y que, en función de cada una de ellas, puede conceptualizarse de manera diferente según los fines perseguidos, en este capítulo se abordará la participación como un proceso cuya primera tarea es la de definir precisamente ese "algo" en lo que se va a participar. De esta manera se determina el objetivo y fin de la participación.

Una vez definida la participación, se procederá al análisis de las concepciones y modelos vigentes sobre participación comunitaria en salud, las instancias que han dado lugar a su determinación histórica y los problemas que presentan en su aplicación práctica.

Finalmente, se esbozará lo que aquí entendemos por participación y control popular de la salud, sin desligar dicho concepto del conjunto de estrategias que las clases populares y ciertos grupos de población, observan en la crónica cotidiana de la lucha de clases, esto es, en el cambio social.

2. PARTICIPACION Y CAMBIO SOCIAL

2.1 En Torno al Concepto de Participación

El vocablo "participación" es un concepto variado y multidimensional. Todavía no existe un acuerdo entre los estudiosos acerca de una definición unívoca de este término y, en el fondo, cualquier definición del mismo implica una posición ideológica determinada. Esta diversidad sobre el concepto de participación contribuye a hacer más compleja su utilización correcta.

No obstante, existe cierto consenso en cuanto a algunas características que debe reunir la participación. Una de ellas es su carácter colectivo, y en este sentido, participar implica "contribuir a generar la voluntad colectiva imputable a la acción de que se trate"¹ o, según otro autor, significa "una actividad organizada por parte de un grupo con el objeto de expresar necesidades o demandas, de defender intereses comunes, de alcanzar determinados objetivos económicos, sociales o políticos, de influir de manera directa o indirecta en los poderes públicos".²

Otra de las características generalmente aceptadas es la naturaleza deliberada y consciente de la participación. Así se considera que la participación no es "una acción episódica sino un proceso continuo, deliberado y consciente cuya cobertura encierra la toma de decisiones, las actividades preparatorias y la ejecución de las mismas".³

1 Eduardo Palma, La Descentralización de la Política Social: Participación e Intersectorialidad, ILPES, 1985, p. 15.

2 Roberto Stavenhagen, La Participación Social en América Latina, Instituto Internacional de Estudios Laborales, Mimeo, México, 1969, p. 3.

3 Víctor Guédez, La Educación, la Ciencia y la Tecnología por y para la Participación, Centro de Información, Documentación y Análisis Latinoamericano, Venezuela, s. f., p. 9.

Sin embargo, las diferencias se presentan respecto al objeto de la participación, lo que da lugar a diferentes acepciones de empleo del término. En este sentido existen múltiples definiciones, según se trate de resaltar la estructura de participación, la contribución al desarrollo, etc. En todo caso, se suele aceptar que participar significa poseer cierta capacidad de poder o influencia en la decisión de que se trate,¹ enfatizándose que la participación debe incluir la intervención directa en las principales etapas del proceso decisional. Así, el concepto de participación se formula más desde un punto de vista operacional que político-ideológico; lo que incluso sucede en determinados países socialistas en los que se analiza la participación como la organización del proceso de toma de decisiones.²

Lo que sí interesa resaltar es que en América Latina, se ha venido utilizando un concepto de participación bastante mediatizado en la medida que la participación se refiere a "la capacidad de los miembros de grupos y colectividades para obtener de las élites y grupos dominantes reacciones que satisfagan las necesidades y las aspiraciones de los miembros de las colectividades en la base de la sociedad",³ y que, en definitiva, se complementa con el significado histórico de la participación manejado por las clases dominantes: como mecanismo básico para establecer un consenso activo del conjunto social.

Precisamente, en algunos regímenes latinoamericano de carácter populista se han producido algunas movilizaciones sociales que en algunos casos, resulta difícil distinguir de verdaderos procesos sociales de participación popular.

1 E. Palma, La Descentralización ... op. cit., p. 16.

2 Cfr. Crisóstomo Pizarro, Participación y Desarrollo Económico en la Sociedad Socialista, Centro de Estudios de Planificación Nacional, Universidad Católica de Chile, Chile, 1971.

3 Lawrence B. Moore, Los Programas de Desarrollo de la Comunidad y la Participación Social, Simposio sobre la Participación social en América Latina, CEPAL, México, 1969, p. 12.

Por esta razón, conviene establecer las diferencias existentes entre participación, movilización y manipulación.

Tradicionalmente se ha venido entendiendo por movilización la acción colectiva que obedece a la inducción realizada por agentes externos movilizadores, los que han planteado explícitamente la motivación y los propósitos de esa acción colectiva que proponen, consiguiendo que el grupo movilizado los haga suyos.¹ Es decir, se trata de una acción masiva y dirigida de la población hacia objetivos previamente señalados, en general, por el gobierno. A diferencia de la participación, este tipo de acción colectiva no tiene un carácter permanente, ni requiere de un grado significativo de organización previa.

Por su parte, la manipulación es un proceso de acción colectiva inducida por agentes externos que no revelan sus motivaciones, ni sus fines al grupo cuya adhesión procuran lograr. La relación resultante es instrumentalizadora, generando un proceso de pseudomovilización o de falsa participación.

En la realidad, las distinciones no son fáciles, sobre todo, cuando se han desarrollado por las clases dominantes formas de consenso muy efectivas entre la población.

En todo caso, la ambigüedad y diversidad del concepto de participación obligan a una definición que comprenda la naturaleza y fines de la participación, tarea que se realizará más adelante, una vez que se hayan mencionado los marcos de referencia generales de la participación.

1 E. Palma, La Descentralización... op. cit.

2.2 Poder, Estado y Clases Sociales como Marco de la Participación

Históricamente, el problema de la participación política surge ligado a la idea de soberanía popular, concretamente con la aparición del moderno Estado nacional, consecuencia de la revolución burguesa. Hasta ese momento, la participación política como tal carece de significado dada la relación existente entre posición social y posición política.

El status social confería como derecho la participación automática, en distintos niveles, a los pares del Reino y los burgueses de provincia; mientras que los grupos o cuerpos inferiores (comunidades, corporaciones, etc.) estaban representados ante el Estado, si bien sus miembros no participaban de él (representación por mandato).

La participación automática desaparecerá como consecuencia de dos procesos paralelos y convergentes: las luchas populares por la ampliación de los derechos políticos y las alianzas establecidas por los grupos que detentan el poder en el Estado con las nuevas fuerzas populares en un afán de obtener nuevos fundamentos de legitimidad.

La representación libre, como ampliación de la anterior forma de participación, lleva aparejada el surgimiento de dos elementos característicos de la participación política contemporánea:

1. La formación de una clase política profesional
2. El derecho de los ciudadanos a participar en la formación de las decisiones que funcionan como vínculo de la comunidad nacional.

Sin embargo, el reconocimiento otorgado desde arriba a los ciudadanos a acceder a la esfera política supone que cada individuo "participa en la política con su -

propia identidad, o sea: con el peso de la propiedad, el prestigio, la capacidad de movilizar recursos y, en definitiva, con la fuerza que le corresponde en virtud de su posición personal. De ese modo, cada individuo participa, al menos potencialmente, con el coeficiente de diferenciación y de desigualdad(...) que caracteriza su posición dentro del sistema de intereses privados".¹

No hemos de olvidar que el Estado nacional de corte liberal-burgués se gesta históricamente en el modo de producción capitalista, caracterizado básicamente, por la propiedad privada de los medios de producción y, en consecuencia, gestor nato de desigualdades estructurales. Es por ello, que el derecho de sufragio electoral reconocido al ciudadano, no es más que un mecanismo que formalmente "libera a cada individuo de la estructura de desigualdades propias de la sociedad civil".² Si como dice Duverger "el primer elemento de la estructura social es la desigualdad",³ el ejercicio del voto por parte del ciudadano lo igualaría frente a los demás y frente al Estado independiente de su situación de desigualdad previa, dada su peculiar inserción en las relaciones de producción.

Sin embargo, las desigualdades individuales provienen básicamente de desigualdades colectivas y, fundamentalmente, de la desigualdad existente entre las clases sociales, la cual constituye inicialmente una desigualdad de hecho -la posesión de los medios de producción- pero convertida en una desigualdad de derecho al estar sancionada legalmente en las naciones capitalistas.

Precisamente, va a ser la revolución burguesa la que introduce la lucha de clases en el ámbito del Estado, al implantar dentro del mismo el sistema de los intereses privados (de clase). Si bien la lucha de clases surge al margen del Estado,

1 Pizzorno, A., "Introducción al Estudio de la Participación Política", en Pizzorno A., Kaplan M., Castell s M., Participación y Cambio Social en la Problemática Contemporánea, edit. Siap - Planteos, Buenos Aires.

2 Ibidem, p. 20

3 Duverger, M. "Sociología de la Política", Edif. Ariel, México, 1983.

enfrentando grupos antagónicos (propietarios, capitalista, obreros, campesinos, etc.) en un conflicto revolucionario universal (extraestatal y extranacional), la expansión de la industria a nivel mundial y consecuentemente, la expansión de las burguesías nacionales, da lugar a un conflicto entre las mismas, que junto con el poder que supone la organización obrera, tiende a la nacionalización de la burguesía y el proletariado.

Las necesidades defensivas de la burguesía nacional frente a las otras burguesías internacionales y la fuerte pujanza del movimiento obrero, exigen una mayor utilización de los servicios del Estado, no solamente policiales, y, concretamente, "es cuando se preocupa de atenuar e institucionalizar en canales normativas la lucha de clases, y por tanto de nacionalizarla".¹ La Primera Guerra Mundial supuso dicho acontecimiento.

Sin embargo, aun cuando esta igualdad formal constitutiva del Estado de soberanía popular supone una ampliación de la participación política y, por tanto, permite dentro de las reglas políticas establecidas el acceso al poder a quien no tenía acceso al mismo; dicha ampliación de la participación responde históricamente "a un modo concreto de fundamentar la legitimidad, y por consiguiente a una verificación del consenso del nuevo Estado nacional de soberanía popular, como también a un modo de luchar, con medios que hoy podemos llamar políticos, contra las condiciones de desigualdad propias de la sociedad civil".² Es decir, el problema de la participación política es un problema de consenso y de igualdad. Implica, en primer lugar, las formas de establecer el consenso activo de la población dentro de las instituciones estatales que rigen la sociedad; y, en segundo lugar, un problema sobre los modos de organización colectiva que permiten actuar sobre la estructura de desigualdades cuestionando, positiva o negativamente, los valores que la sus

1 Pizzorno, A., op. cit. p. 24.

2 Ibidem, p. 28.

tentan.

Si consideramos la política desde una perspectiva en la que se incluye tanto la lucha por el poder en el Estado, como una acción de carácter más universalista (extranacional, extraestatal) que llamamos lucha de clases, podríamos afirmar con Pizzorno, que la participación política "es una acción que se cumple en solidaridad con otros, en el ámbito de un Estado o de una clase, con vistas a conservar o modificar la estructura (y por lo tanto los valores) del sistema de intereses do minantes".¹

Esta acción se desarrolla siempre dentro de las relaciones de poder, entendiendo el poder como la capacidad de asignarse a sí mismos o asignar a los demás, ciertos valores o privar de ellos.²

Hay que señalar que, para los objetivos propuestos en esta tesis, el término va lor no se utiliza como sinónimo de ideales, aspiraciones y similares, sino como va lor en cuanto medida de los resultado de la acción de cada uno y, por tanto, en cuanto instrumento necesario de orientación y de previsión en las relaciones social es. En este sentido, la participación política se desarrolla como hemos apuntando, dentro de las relaciones de poder y, por tanto, de relaciones de clase en la medida en que éstas constituyen, en todos los niveles, relaciones de poder. Poder, en definitiva, sería la "capacidad de una clase social para realizar sus intereses objetivos específicos",³ y las relaciones de poder, por tanto, implicarían una re lación específica de dominio y subordinación de las prácticas de clase.⁴

1 Ibidem, p. 39

2 Ibidem, p. 40

3 Nicos Poulantzas, Poder Políticos y Clases Sociales en el Estado Capitalista, Edt. s. XXI, México, 1985, p. 124.

4 De una manera más sutil, como la utilizada por M. Duverger, el poder vendría a ser la "forma de dominación establecida por las normas, las creencias y los valores de la sociedad donde se ejerce", en M. Duverger, Sociología... op. cit., p. 174.

Pero el poder de las clases sociales está organizado, en su ejercicio, en instituciones específicas, en centros de poder. Concretamente, el poder político se ejerce desde el Estado, de ahí, que todo proceso de participación y lucha política tenga como objetivo el Estado, como sede del poder institucionalizado, si bien la conquista del poder exige que se ponga en práctica una capacidad de dirección, tanto cultural como política; lo que unido a la dominación daría lugar a lo que Gramsci denomina hegemonía (capacidad de una clase social de dirigir y dominar la sociedad en su conjunto).¹

2.3 Proceso de Participación y Cambio Social

La problemática abordada en la presente investigación exige, como primer paso, la definición de lo que entendemos por participación y cambio social, así como sus relaciones. Siendo conscientes de que ambos términos admiten varias lecturas, aquí se considerará la participación como un proceso mediante el cual las clases populares^(*) podrían intervenir a través de sus luchas, en las estructuras de poder con el fin de cambiar la lógica socialmente dominante merced a la nueva relación de fuerzas creada con su intervención.²

El concepto adoptado adquiere una naturaleza dialéctica y viene a superar el significado no sólo semántico, sino también histórico del tema de la participación: cómo hacer para que las orientaciones definidas por los grupos dominantes sean hechas suyas por las masas populares. Este significado presupone la existencia de algo en lo que se participa, pero lo que determina ese algo es el proceso de participación mismo.

1 Para ampliar el concepto de hegemonía en Gramsci, Cfr. Luciano Gruppi, "El concepto de hegemonía en Antonio Gramsci", en U. Cerroni y otros, Revolución y Democracia en Gramsci, Edit. Fotamara, España, 1981; Hugues Portelli, Gramsci y el Bloque Histórico, edit. s. XXI, México, 1985

(*) Para el concepto de pueblo aquí utilizado ver Apéndice No. 3.

2 Cfr. Manuel Castells, "La Nueva Estructura de la Dependencia y los Procesos Políticos de Cambio Social en América Latina", Pizzorno A. y otros, Participación ... op. cit. pp. 141-173.

Por regla general, el concepto de participación que se maneja se suele definir independientemente del proceso de participación, lo cual imposibilita cualquier - aproximación, no sólo teórica, sino sobre todo práctica, a una posible transformación cualitativa de las relaciones de clase, es decir, al cambio social.

Mediante el concepto de participación aquí asumido se pretende, básicamente el cambio social. De esta manera, la participación no se produce después del cambio, sino antes del mismo y a través de ella.

Aunque el término de cambio social es, en sí mismo, algo ambiguo, por el mismo se entenderá toda modificación significativa en las prácticas sociales, o sea, en última instancia en las prácticas que expresan y realizan los intereses de clase. Por tanto, el cambio social alberga una serie de procesos que expresan las formas y ritmos que adquiere la lucha de clases.

Desde esta perspectiva, la participación adquiere un carácter eminentemente político, independiente de sus pautas o modalidades.

3. LA DETERMINACION HISTORICO SOCIAL DE LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN SALUD.

3.1 Dependencia y participación.

La problemática de la participación en general, y de la participación popular en salud en particular, no puede abordarse sin considerar previamente el contexto en el que se desarrollan. En este sentido, la mayoría de los programas de participación de la comunidad han sido diseñados y aplicados en -- América Latina, por lo que resulta necesario analizar el proceso seguido en la determinación social de los mismos.

El aspecto fundamental que caracteriza a las sociedades latino--americanas es la dependencia, entendiéndola no una simple situación de dominación de un país sobre otro, sino como una determinada estructura de relaciones de clase, es decir, "que las relaciones de explotación y dominación de las clases dominantes sobre las clases dominadas en las sociedades dependientes están determinadas por el tipo de relaciones de explotación y dominación que mantienen las clases dominantes en las sociedades hegemónicas" o, dicho de otra manera, "la articulación de las relaciones de clase en cada formación social depende del lugar ocupado por dicha formación en una cadena de interdependencias, que caracteriza la realización de los intereses de las clases dominantes en el plano mundial." ¹

¹ M. Castells, "La nueva estructura..." op.cit. p. 146

Históricamente, se han dado diversos tipos de dependencia en los países latino americanos, que han sido determinados por los diferentes estadios de expansión del modo de producción capitalista. Actualmente, la dependencia imperialista, financiera e industrial corresponde al estadio del capitalismo monopolista, el cual se caracteriza por la necesidad de buscar salida al excedente de capital dado el descenso tendencial de la tasa de ganancia, lo que convierte a las sociedades dependientes en una oportunidad para ampliar las posibilidades de inversión que se ofrecen a dichos capitales.

Esta estructura de la dependencia produce varios efectos sobre la estructura de clases en las sociedades dependientes : ¹

- a) Su internacionalización y su fraccionamiento según su mayor o menor vínculo con el capital monopolista internacional, tanto para las clases dominantes como para las dominadas.
- b) La existencia de una masa creciente de agentes cuya reproducción no es requerida por el proceso productivo, en la medida en que sus puestos de trabajo no existen ni tienen porqué existir. Tal es la base objetiva de la "marginalidad".
- c) La inestabilidad de las alianzas de clase y por tanto de los bloques dominantes en el poder.
- d) Estas tendencias hay que examinarlas a la luz de las nuevas exigencias del capital monopolista a escala mundial y en -

¹ Ibidem , p.p. 152-153

particular del intento de constituir un aparato productivo y un mercado interior en los países dependientes, así como de hacer de algunos de ellos centros productores-exportadores en el marco de una reorganización del proceso internacional de división del trabajo.

Las transformaciones del modo de producción capitalista a escala mundial y sus efectos sobre la estructura de clases provocan una serie de procesos que intentan, en algunos casos reajustar los intereses dominantes a la nueva situación y, en otros, aprovechar las contradicciones suscitadas para modificar la relación de fuerzas en un sentido más favorable a los intereses dominados.

Para solventar estas contradicciones, ajustar las estructuras económicas y políticas de la nueva dependencia y dirigir y controlar el proceso de movilización relativa de las masas populares, se requiere de un Estado fuerte y relativamente autónomo con respecto al bloque dominante pro-imperialista, que permita a las clases dominantes imponer una estrategia de conjunto a largo plazo, por encima de sus intereses particulares y a corto plazo.

Pero, asimismo, el Estado necesita legitimarse socialmente ante el conjunto de las clases dominadas, para lo cual debe aplicar una serie de reformas y redistribuir una parte de los recursos, buscando el apoyo de las masas populares. Es aquí precisamente donde juega un papel fundamental el proceso de participación, ya que en definitiva, se trata de integrar y -

organizar a las masas populares con el fin de eliminar todo proyecto político alternativo que pueda surgir de las propias masas.

Para lograr el apoyo y la movilización de amplios sectores populares, las clases dominantes han logrado establecer, mediante la función de hegemonía, una relación dialéctica "en que las masas van dando realmente un apoyo en función de objetivos que, aun siendo parciales, satisfacen realmente sus reivindicaciones. Este apoyo es organizado y sistematizado por el Estado y, eventualmente, salvaguardado mediante la represión de cualquier desviación en el sentido de la movilización suscitada". ¹

Tal proceso es el que se suscita, históricamente, con la Alianza para el Progreso y las políticas de corte desarrollista asumidas por numerosos gobiernos latinoamericanos en la década de los sesenta, y que constituyeron la base de lo que se denominó como populismo latinoamericano.

3.2 La Participación como Vía para el Desarrollo Comunitario.

El tema de la participación de la comunidad surge en los años cincuenta cuando las Naciones Unidas lo asocian con los aspectos de "organización de la comunidad" materializados en los programas de desarrollo comunitario concebidos para los países en vías de desarrollo. Estos programas -- se dirían, fundamentalmente, a zonas rurales en un intento de procurar la consecución de determinados objetivos que promovieran el desarrollo social y económico de la comunidad, mediante la colaboración de la población con el Estado en la resolución de los problemas planteados.

¹ Ibidem p. 160

En un principio, este proceso de desarrollo dejaba de lado a los sectores sociales (educación, salud, vivienda,) no siendo hasta los años sesenta cuando se incorporen las dimensiones sociales y políticas al proceso de desarrollo, para lo cual las Naciones Unidas propusieron que desarrollo "no significa solamente crecimiento con finalidad restringida al aumento cuantitativo de la producción. El desarrollo es un concepto más amplio que implica redistribución de los ingresos y amplia participación de todos los sectores de la población, en las Instituciones sociales y políticas. El desarrollo de América Latina, debe abordarse como un proceso de cambio estructural, que implica, no sólo aumento en la producción, modificaciones en las Instituciones, como así mismo, la participación creadora de toda la población"¹.

A raíz de los nuevos elementos sociopolíticos incorporados al -- proceso de desarrollo surgen diversos enfoques de la participación según se -- considere como un simple instrumento, bien se le dote de un contenido político ligado a la expresión "movilización de la población para el desarrollo," o --- bien se constituya en un objetivo ²central de la política social.²

En el campo de la salud, los programas desarrollistas adoptaron la forma de un nuevo modelo de práctica médica conocida como Medicina Comunitaria, en la cual se incluían programas que tienden a la atención médica de poblaciones urbanas y rurales, tratando que esta atención se enmarcara dentro -- del desarrollo integral de la comunidad.³

No obstante, estos programas de Medicina Comunitaria, implanta-- dos desde mediados de la década de los sesentas y aplicados en su mayor parte en los países subdesarrollados y dependientes, se caracterizan fundamentalmen-- te, por el control que permiten de las comunidades potencialmente conflicti--

1. Comité Técnico de Reforma Agraria XI Conferencia, Naciones Unidas

2 Cfr OPS/OMS, Servicios comunitarios de salud y participación de la población.

3 publicación científica No. 289, 1974, p.3
Rev. CSUCA, "Resumen final del seminario Teoría y práctica de la Medicina Co--
munitaria en Centroamérica" No.2 Sep.Dic.1975, Costa Rica, P.44

vas, dada la ideología subyacente en este tipo de programas.¹

El mayor impulso a la participación de la comunidad de forma activa se favoreció en las Naciones Unidas a través de la OPS/OMS. Considerando que la salud está directamente vinculada con el desarrollo, en el Programa de Salud para todos en el año 2000 (SPT-2000) la OPS/OMS establece como objetivo alcanzar un nivel mínimo de salud para todos los ciudadanos del mundo y asimismo, disminuir las dificultades sanitarias.

Como medio más idóneo para lograr el cumplimiento de esta meta se define la atención primaria en salud (APS), cuyos elementos esenciales son el ser un modelo integral, sectorizado, regionalizado, continuo, dispensarizado, en equipo y con la participación activa de la comunidad.²

La Atención Primaria en Salud declara (Alma-Ata, 1978) como una de las estrategias fundamentales "la responsabilidad individual y colectiva con respecto a la salud",³ para lo cual se requiere que los gobiernos promuevan la participación de la comunidad en la toma de decisiones, e informen al público de las posibilidades que están a su alcance para mejorar el nivel sanitario gracias a sus propios esfuerzos.

Cuando en 1980 se revisa la Estrategia global para la SPT-2000 se reconoce que ésta no puede ser alcanzada únicamente por las acciones del sector sanitario, y que la mayoría de los países ni siquiera han diseñado programas de participación de la comunidad en el sector salud.

En 1981 se definen los ejes principales de la APS: la participación de la comunidad, la actividad intersectorial y la tecnología apropiada.

Por último, se considera que al ser la APS el primer nivel y más directo con tacto entre la población y el sistema de atención a la salud, es el lugar donde

1 Catalina Eibenschütz, "Medicina Comunitaria e ideología", Medicina Comunitaria, SESPAS, Rep. Dominicana, 1980.

2 Rafael Borroto, "Concepto de atención médica primaria", Extensión de Cobertura y atención primaria, SESPAS, Rep. Dominicana, 1980, p. 78

3 OMS, Organización de la Atención Primaria de Salud en las comunidades, SHS/IAH/84.1 p. 4

mejor pueden implantarse las diferentes formas de participación y control popular sobre el sistema de salud.

3.3 Concepciones y Modelos de la Participación Comunitaria en Salud.

En América Latina la puesta en marcha de los programas comunitarios en salud ha sido diferente según los diversos países y ha ido variando también en el tiempo. El primer país donde se impulsaron estos programas fue Cuba, seguido de Chile, Venezuela, Perú; más tarde Panamá y Puerto Rico.

Las distintas experiencias al respecto han significado desde una activa participación en la decisión, ejecución y evaluación de programas, campañas y servicios, hasta la simple participación cooperativa en el financiamiento; en correspondencia a las diferentes concepciones ideológico-filosóficas que las han sustentado. En su origen (años cincuenta) el concepto de participación equivalía al de cooperación- la población ayudaba a la realización de tareas concretas en la lucha de una enfermedad determinada. Posteriormente, el término participación adquiere connotaciones socio políticas y se convierte en un instrumento de crítica y de transformación social.

En su realización práctica, las diversas experiencias de la participación comunitaria en salud han respondido a las concepciones siguientes:

- concepción humanista, en virtud de la cual la salud forma parte del desarrollo integral del hombre y, por tanto; promueva elevar el nivel cultural-en-salud, junto a otros valores sociales.
- concepción democrática, pone énfasis en la igualdad de oportunidades de acceso a los servicios de salud con un alto grado de ingerencia comunitaria en la toma de decisiones y en la ejecución de los programas.
- concepción tecnológica y positiva que pretende, elevar el nivel de salud me

diante el propio esfuerzo de la comunidad y el rendimiento de los programas de salud, a través de la mano de obra y aporte de recursos comunales (vg. - el Programa de Obras Rurales por Cooperación de México y la mayor parte de los programas de Saneamiento básico rural de los países).

-concepción político-ideológica, ve la educación y participación comunitaria en salud como un método e instrumento para promover la participación popular y transferir un mayor poder al pueblo. De igual manera, el proceso salud-enfermedad es abordado en su determinación histórica (vg. el caso de Nicaragua).

-concepción pragmática, que se caracteriza por el intento de delegar las actividades de educación y participación en salud en grupos privados.¹

Pero no solamente existen diferencias en cuanto a concepciones se refiere. - Las diferentes facetas que la participación comunitaria implica, son contempladas de diferentes maneras tanto en la teoría como en la práctica, así, en primer lugar, existen diferentes formas en cuanto a las políticas o estrategias -- adoptadas en el desarrollo de los programas de educación y participación comunitaria en salud:

- Incluir la educación para la salud en el sistema de educación formal.
- Promover la organización y desarrollo de la comunidad, que son las formas más frecuentes de participación en salud. Se impulsa la organización de la comunidad en comités de salud que desarrollan proyectos comunitarios de Salud con diferentes grados de participación de la población en las decisiones locales (vg. Programa Rural de Acción Comunitaria en Salud (PRACS), en Nicaragua antes de la revolución).
- La educación no formal.
- Realizar programas de divulgación por medios de comunicación de masas.
- Programar trabajos con voluntarios de salud, denominados promotores, colaboradores o responsables de salud, que pueden ser líderes naturales o emergen

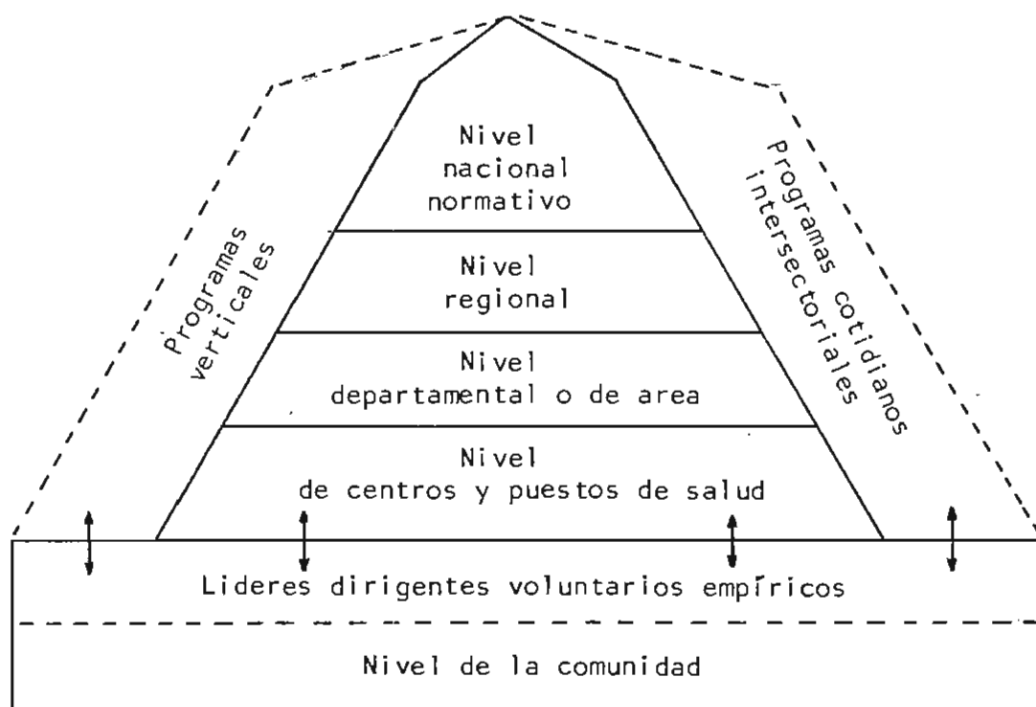
¹ Cfr. Leonel D. Gallardo, "Algunas tendencias de la educación y participación comunitarias en salud en América Latina", Boletín OPS Vol.96, No.4, Abril 1984, pp. 315-316

tes de la acción de los programas incluyen también a las parteras empíricas o comadronas.¹

Por su parte a nivel institucional, las estructuras predominantes en los ministerios de salud son las divisiones de educación para la salud o de desarrollo de la comunidad. En la mayoría de los casos la participación comunitaria se organiza como un programa nacional que es a la vez un componente de los planes y programas de salud.

En cuanto a la articulación de las estructuras del sistema formal con el comunitario, se suelen observar las relaciones establecidas en la siguiente figura:²

Figura 1



↕ = Líneas de articulación

1 Ibidem. pp 316-317

2 Ibidem. p.318

Con respecto a la tecnología o procedimientos educativos y a las formas de motivar a la comunidad se observan algunas modalidades: medios de comunicación de masas, desarrollo de proyectos comunitarios como centros de interés, métodos y técnicas educativas (educación participativa, módulos de autoinstrucción y taller de trabajo; vg. el programa de educación popular de Nicaragua), etc.

La variedad de enfoques y modalidades existentes, afecta también al proceso de planificación y desarrollo de la educación y participación comunitarias en salud, estando este proceso integrado con los demás componentes de los planes de salud, procurando formar parte de las etapas de diagnóstico, planificación, desarrollo y evaluación.¹

Por último, con relación a los modelos que históricamente se han desarrollado, se puede hablar, en general, de dos modelos diferentes de participación en salud:

- 1) El primer modelo o "antiguo" parte del supuesto que los gobiernos y organismos internacionales tienen una idea clara acerca de lo que debería hacerse para solucionar los problemas de salud de la población en general y de las clases marginadas y dominadas.

Más que de participación, cabe hablar en este caso, de movilización masiva y dirigida de la población hacia objetivos previamente diseñados por los gobiernos y los organismos internacionales, la iniciativa, y el diseño sigue un curso vertical, desde arriba y la población no interviene, salvo en las tareas ejecutoras, aportando recursos baratos.

Esta forma de participación que se dió durante los cincuenta, se identifica con los planes y programas de desarrollo comunitario.

Este modelo parte de la crítica formulada a los sistemas de salud establecidos en cuanto a ser fundamentalmente urbanos y curativos. La situación en la que se encontraban las zonas rurales provoca la aparición de una corriente "ruralista", según la cual, la participación comunitaria era la única forma de con

¹ Ibidem, p. 320

seguir un nivel de salud aceptable para la población rural y, en especial, para las clases más bajas.¹

Se pensaba en los años cincuenta que podían existir comunidades rurales, en los países subdesarrollados, en las que era factible llegar a un acuerdo entre todos sus habitantes, y en donde actuando con gran autonomía y alguna asistencia técnica externa, se podrían solucionar todos los problemas comunitarios. Así los programas de desarrollo comunitario se entendieron como formas baratas de lo grar el desarrollo, liberando recursos para el progreso industrial de las ciudades. Más tarde, ante la problemática similar de algunos pobladores marginales de las zonas urbanas, se planteó la aplicación del mismo modelo de participación co munitaria a los barrios periféricos de las grandes ciudades.

Sin embargo, los resultados obtenidos fueron escasos, consecuencia, sobre todo, de la premisa de la que se partía: la comunidad en la que pretendía desarrollarse la participación de la población no era algo homogéneo, sino la cristalización de unas relaciones sociales contrapuestas y en lucha. Asimismo fueron con secuencia de no considerar y aceptar las limitaciones de la propia estructura po lítica nacional e internacional, debidos, en definitiva, a los procesos de domi nación, explotación y dependencia.

En esa época, se impulsó también la figura del trabajador de salud comunitaria con dos objetivos: sustituir el monopolio médico-profesional y lograr la concientización de la población, a fin de promover la participación comunitaria.

2) En los años sesenta se cuestionaron las teorías del desarrollo y, en parti cu lar, la relacionada con la salud: el crecimiento económico no conllevó una dis tribuición igualitaria de los recursos, y los problemas de pobreza y deficiencias de salud continuaban igual.

Surge así el modelo "nuevo" de participación que pretende transformar el sistema sanitario mediante la transferencia de poder (económico, político) a los --

¹ Una revisión reciente de esas teorías y experiencias sobre participación comu nitaria puede verse en un número especial de la revista Assignment Children, editada por UNICEF, "Community Participation: Current Issues and Lessons Learned" Assignment Children, 59/60, UNICEF, 1982

grupos dominados.¹

La expresión máxima de este segundo modelo es aquel que pretende no solo -- transformar el sistema sanitario, sino el sistema social entero, ya que los -- cambios operados en la situación de salud de la población no son ocasionados -- por el sector sanitario, sino que se deben a las transformaciones habidas en -- la estructura socioeconómica.

Por otra parte, los cambios que se produjeron en la salud de la población -- en sociedades como China o Cuba tras el proceso revolucionario, demostraron -- que el tema sanitario era indudablemente político, y que la salud no dependía -- exclusivamente del desarrollo médico ni del científico.

De ahí que en la década de los setenta se reformulase el tema de la participación comunitaria, ligándola a un desarrollo más cualitativo y no solamente -- centrado en variables económicas.

Curiosamente, han sido las Naciones Unidas e instituciones conexas (OPS/OMS, UNICEF, OIT) quienes más han escrito sobre participación comunitaria en salud. Será en la declaración de Alma-Ata, en 1978, cuando la OMS defina lo que debe entenderse por participación de la comunidad en salud: "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 y al comunitario."²

El carácter ahistórico, general y abstracto del concepto utilizado por la -- OMS, ha tenido como consecuencia que el término de participación comunitaria -- haya sido manejado de diversas maneras, con diferencias a veces espectaculares. Así, Werner se plantea al respecto si participación:

1 Cir Jesús M. de Miguel, La salud pública del futuro, Ariel, Barcelona, 1985, pp. 201-215

2 OMS, Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de Septiembre de 1978.- (Serie "salud para todos", No.1), p.58

"¿Significa acaso una extensión de nuestros servicios de salud actuales, --- controlados profesionalmente, centralizados y de un paternalismo asfixiante, de modo que 'penetren' en las poblaciones pobres que constituyen el 'objetivo'?... ¿O significa luchar para modificar la estructura social, política y económica - que perpetúa la pobreza, el hambre y la mala salud?.

¿Significa aumentar la dependencia de los pobres respecto de las instituciones actuales que han de mantenerles en el mismo estado de pobreza y de desamparo?... ¿O significa ayudar a los pobres a organizarse en el plano de la familia y de la comunidad para asumir un mayor control de su existencia y de su salud?"¹

Asimismo, se han elaborado múltiples definiciones sobre la participación comunitaria en salud que van desde la simple contribución voluntaria de ayuda hasta el control de instituciones sociales completas.

Sin embargo, el mismo término de comunidad (y comunitario) es confuso y con -- múltiples acepciones,² y, en la realidad, la comunidad, cualquiera que sea la -- acepción utilizada, no constituye un todo único, en la cual se de un equilibrio de intereses y, por tanto, un solo interés, como pretenden los funcionalistas. -- Precisamente las comunidades contemporáneas se caracterizan por lo contrario: en toda comunidad existen grandes diferencias ya sean por razón de clase social, -- sexo, raza o grupos de edad, viniendo a representar la cristalización de unas re -- laciones de poder, es decir, de clase, contrapuestas y en lucha.

A raíz de estos inconveniente, se comienza a hablar de participación de la población, la cual supone "la colaboración colectiva de una comunidad dada (ya sea pueblo, o un grupo social o culturalmente homogéneo) en el control del sector -- sanitario",³ tanto en lo que se refiere a su planificación e implementación como su utilización y evaluación.

Otro término alternativo que se utiliza es el de participación popular, el --

¹ Werner, D., en Bogdan M. Kleezkowski y otros, El sistema sanitario al servicio de la atención primaria de salud, Cuadernos de Salud Pública No.80,OMS,- Ginebra 1984.

² Cjr. Domingo Das Gandra, "El concepto de comunidad y su relación con los programas de salud", Salud Comunitaria y Participación de la Comunidad SESPAS,Rep.Do-minicana 1980.

³ De Miguel,op. cit., p. 199

cual parece englobar al de participación de la comunidad y de participación de la población, añadiéndole un cierto contenido progresista.

3.4 Problemática de los Modelos Reales

Si bien existen algunos estudios e investigaciones sobre experiencias de participación comunitaria en salud, suelen tener un carácter aislado y un contenido muy específicos en función de la población analizadas. Sin embargo, apenas existe literatura que sintetice, de manera global, los problemas que la participación comunitaria ha venido enfrentando.

Uno de los escasos estudios que sobre este tema se dispone es el realizado por la OPS acerca de varios casos de participación comunitaria en Latinoamérica.¹ En dicho estudio se concibe la participación en salud como un "proceso mediante el cual los miembros de la comunidad participen en los programas o en las actividades que se llevan a cabo en interés de la comunidad,"² distinguiéndose tres grados de participación: la utilización de los servicios, la cooperación (aporte de trabajo, fondos y materiales) con las iniciativas planificadas por un organismo externo y la participación en las actividades de planificación y administración.

En el estudio se considera que por participación únicamente se entiende la actividad mencionada en el tercer grado.

Los principales problemas detectados en el análisis de los casos estudiados fueron:³

- Contradicciones suscitadas entre la práctica médica imperante y las consecuencias derivadas de la participación de la población (enfoque preventivo, diferente concepción del proceso salud-enfermedad al considerar las condi--

¹ OPS, Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo de las Américas, Publicación Científica, No. 473, 1984.

² Ibidem, p. xi

³ Ibidem, p. 36-37

ciones ambientales y sociales, la acción colectiva, etc.)

- La percepción de la participación comunitaria por parte del sistema de salud como un complemento del mismo, un medio para obtener la cooperación y los recursos adicionales para apoyar los programas del sistema de acuerdo con sus propias condiciones y bajo su control.
- Para lograr una participación efectiva de la población se requeriría cambiar la estructura de la mayoría de los sistemas de salud en cuanto su política y fundamentos filosóficos.
- Falta de concialición de los intereses y prioridades profesionales con los de la comunidad.

En los casos analizados, solo en el 50% de los mismos existía un grado moderado de participación de la comunidad en la planificación del sistema gubernamental de salud y, en ninguno de los casos, la población participó en el diseño del sistema de salud. Tampoco en ninguno de los estudios se hace mención a la participación de la comunidad en la evaluación formal de actividades o servicios de salud, tan solo se indica algún tipo de evaluación no estructurada de la comunidad (quejas al personal de salud, peticiones de cambios en los servicios, sugerencias en los horarios de atención, etc.). Como contrapartida, los sistemas de salud que se analizaron asignaron a las comunidades una función más preponderante en la ejecución que en la planificación.

Por lo tanto, la participación de la comunidad, en los casos analizados, se orienta más bien a "las actividades de administración del personal o de los recursos; asistencia en la prestación de servicios o en la difusión de información, y provisión de mano de obra, fondos y materiales. Con frecuencia, el éxito del programa depende de la buena voluntad de la comunidad para llevar a cabo las actividades indicadas por planificadores foráneos".¹

De otra manera, la participación de la comunidad en salud viene a configurarse más bien como una movilización de sectores populares que, a través de sus acciones, están, en definitiva, apoyando y legitimando al Estado. Sin embargo, es-

¹ Ibidem, p. 15

te proceso no ha de ser visto como una pura manipulación por parte del Estado.- Es una relación dialéctica en que las masas apoyan realmente la gestión del Estado, en la consecución de unos objetivos sanitarios que satisfacen ciertamente sus necesidades. Este apoyo se instrumenta a través de proyectos organizados -- por el sistema de salud, a fin de resolver necesidades sentidas por la población.

Asimismo, a parte de cumplir una función legitimadora, la participación comunitaria en salud es concebida también "como una manera de desplazar las responsabilidades crecientes del Estado moderno hacia los ciudadanos."¹

En definitiva, los programas de participación comunitaria en salud se han -- inscrito en los programas reformistas de ciertos regímenes latinoamericanos que, para el desarrollo de la participación, han requerido:

- a) Un programa reformista y medidas políticas reales en este sentido;
- b) Un aparato de integración-organización-movilización,
- c) Una ideología nacionalista y demagógica,
- d) Una práctica represiva complementaria.²

En el proceso de integración y organización de las masas se ha tratado, en general, de organizar a las masas más heterónomas, menos organizadas previamente, con menor experiencia sindical y política, y por tanto con menor conciencia de clase, en torno a contradicciones como la salud que, siendo reales, son profundamente sentidas por la mayoría de la población y estructuralmente secundarias para los intereses dominantes.

Desde una perspectiva más amplia, rebasando el puro ámbito latinoamericano, - la problemática que enfrentan los diferentes modelos de participación comunitaria puede ser resumida en los siguientes puntos: ³

¹ Mario Testa, Atención ¿primaria o primitiva? de salud, mimeo, p. 8

² Manuel Castells, op. cit. p. 160

³ De Miguel, op. cit. pp. 230-242

- Uno de los factores que resta efectividad a la participación es la ausencia de ciertos grupos sociales y el fraccionamiento y falta de coordinación entre los que sí participan.
- Los problemas de salud tienen su origen en factores estructurales y la participación comunitaria no se dirige precisamente a modificar dichas causas.
- Los sectores de población más necesitados de participación son los que no suelen tener acceso a los recursos sanitarios y ni siquiera a los mecanismos y formas de participación.
- Algunos de los conflictos más serios ocurren precisamente entre la población y el personal del sector salud (fundamentalmente, los médicos).
- Los gobiernos establecidos no son necesariamente partidarios de la participación comunitaria en sus propios países.
- Existe un peligro cierto que los movimientos de participación sean cooptados por el Estado, o que se conviertan en instituciones inútiles.
- El área de mayor dificultad en la participación comunitaria es la de las tecnologías contemporáneas, precisamente por sus aspectos técnicos, y por los procesos de transnacionalización que han experimentado.
- Es difícil compaginar la teoría con la práctica, diseñar un modelo nacional, y evaluar su progreso.

En todo caso éstos no son todos los problemas detectados, sino los más sobresalientes.

Quizá el aspecto fundamental consista en que si se pretende alterar el nivel de salud de la población es imprescindible actuar sobre la estructura económico-social. Por ello, cualquier modelo de participación en salud que se implemente ha de estar contemplado dentro de un modelo general de cambio social.

4. HACIA UN CONTROL POPULAR DE LA SALUD

4.1 Participación y Control Popular

Como ya se vió anteriormente, en base a diferentes concepciones se han implantado en varios países de América Latina, con objetivos explícitos e intenciones implícitas, programas de participación comunitaria en consonancia con las teorías del desarrollo económico y social.

En el campo de la salud, la participación de la comunidad se ha venido considerando como un instrumento que, permitiendo la consecución de objetivos estratégicos formulados en diferentes políticas sanitarias, incrementa la eficiencia y la eficacia del sistema de salud, al mismo tiempo que consolida la hegemonía de la práctica médica imperante.

Desde este punto de vista, la participación de la comunidad impulsada en la mayoría de los países se ha caracterizado, en sus experiencias prácticas, por los siguientes aspectos:

- 1.- El contexto en el que se implantan. Por regla general, los programas de participación de la comunidad se han aplicado en países capitalistas dependientes y subdesarrollados, como un proceso aislado de "participación" y al margen de otros mecanismos que favorezcan una participación de la población en todas las esferas de orden político, económico y social.
- 2.- El ámbito parcial de su aplicación, tanto en lo que se refiere a su amplitud como en las áreas y niveles a los que se dirige. En este sentido, el grupo objetivo a quien va destinado es dual: poblaciones marginales de comunidades urbanas y comunidades rurales. Por otro lado, pretende la ejecución de acciones de salud por parte del grupo objetivo en el nivel primario de atención -

de salud, sin plantearse en ningún momento la incidencia en el resto de los niveles del sistema de salud.

- 3.- El carácter instrumentalizador de su discurso. Al configurarse como propuestas de participación impulsadas por ciertas instancias del Estado -Ministerios de Salud-, responden a una concepción dirigista y verticalista que se apoya en los niveles jerárquicos político-burocráticos de la administración estatal, dando lugar a un producto elaborado sin ningún tipo de intervención por parte del sector de población al que pretende implicar.

Como consecuencia de esta concepción vertical de la participación se da lugar a una instrumentalización (utilización) de la propia comunidad y de sus recursos para el logro de objetivos sanitarios funcionales a los intereses dominantes, generando asimismo, a través de este proceso de participación, un nuevo mecanismo de dominación ideológica y control social, que contribuye a afianzar y perpetuar el modelo médico hegemónico.

- 4.- La no concepción teleológica de la participación. En la medida que los programas de participación se conciben como estrategias para la consecución de objetivos operacionales a nivel del sistema de salud (extensión de cobertura, reducción de costos, mayor eficacia,...), y de objetivos políticos a nivel de formación social (desmovilización social, integración en los cauces institucionales,...), se desvirtúa el carácter mismo de la participación al ser considerada fundamentalmente como un medio (recurso) en tareas de ejecución, y no como fin en sí misma -distribución de poder-, en línea con las demandas reales de la población.

- 5.- Los resultados escasos en su aplicación práctica. Consecuencia de lo anteriormente enunciado, junto con la improvisación -entendida ésta, como el -

efecto derivado de la carencia de análisis objetivos de la realidad económico-social existente- que caracteriza la formulación de políticas en estas sociedades, se da en lo cuantitativo un bajo nivel de participación (muy residual) y, en lo cualitativo, no contribuyen a la disminución de las desigualdades sociales.

Estas notas características responden a programas de participación dirigida, que más bien suponen una movilización comunitaria (en los términos definidos para la misma) más que una participación efectiva, ya que en los mismos se observa una ausencia de toma de decisiones en aspectos que son sustanciales para la conformación de las políticas de salud, evitando así cualquier forma de control por parte de la población sobre los sistemas sanitarios y, por consiguiente, impidiendo cualquier acción transformadora de los mismos.

Por otra parte, en repetidas ocasiones se han señalado los problemas que conlleva una participación dirigida (desde afuera), que en cierto modo aumenta los problemas y las desigualdades, haciendo a la población más dependiente aún de los planificadores y de los técnicos ajenos a la comunidad. ¹

Frente al concepto subordinado de participación en salud que ha venido manejándose tradicionalmente, se pretende desarrollar aquí una categoría de participación y control popular con un contenido claramente político y que revierte la tendencia tanto ideológica como de tipo conceptual, mantenida hasta ahora: ya no se trata de que la población coadyuve con su actividad a la consecución de los objetivos fijados por el sistema de salud y, por tanto, al fortalecimiento de la práctica médica, sino a mejorar el nivel de salud de la población mediante un cambio radical de las estructuras sanitarias y sociales.

¹ Cfr. David Werner, "Health care and human dignity", Contact no. 42, 1980.

Para esta conceptualización del control popular es necesario partir del concepto de participación como proceso a través del cual las clases populares podrían intervenir mediante sus luchas, en las estructuras de poder con el fin de cambiar la lógica socialmente dominante merced a la nueva relación de fuerzas creada con su intervención.

En el caso específico de la salud, esta participación habría que enfocarla como un proceso en virtud del cual las clases populares, partiendo de la situación de salud existente en un momento histórico determinado y para una sociedad concreta, pudiesen conseguir, a través de sus luchas, no sólo el control del sector sanitario como medio de promover y proteger la salud de las personas que participan en ese proceso; sino también, a largo plazo, lograr un cambio sustancial en las causas que determinan socialmente el proceso salud-enfermedad. En consecuencia, y como fin último, se persigue eliminar el sistema actual de desigualdad social, lo cual puede ser realizado por cualquier medio, incluida la vía revolucionaria.

Desde esta perspectiva, la participación en salud ha de verse como un proceso gradual que pretende, como objetivo inmediato, llegar a un control popular de la salud y del sistema sanitario; y, en el horizonte, alterar la causalidad imperante en la determinación social del proceso salud-enfermedad.

Mediante el término control se hace referencia a dos aspectos: toma de decisiones y poder, como formas específicas de ejercer el control. Toma de decisiones en todo lo relativo a la gestión en salud, es decir, en la planificación, dirección, ejecución y evaluación de los servicios de atención a la salud; y poder de las clases populares sobre otros grupos sociales (incluidos los profesionales de la salud y la administración pública sanitaria). De esta manera, a través del concepto de control popular se hace más énfasis en el ejercicio de poder que en la participa--

ción activa de la población (mediante la realización de actividades), como se venía manteniendo tradicionalmente, si bien como veremos más adelante, bajo el término de control se pueden incluir todos los procesos de actividad de la población que van desde la mera participación hasta el poder popular.

Por último, se considera que, en contraposición a la filosofía de los programas de participación comunitaria que concebían a ésta como un medio para la consecución de determinados objetivos, el control popular es un fin en sí mismo, independientemente de los resultados obtenidos en cuanto a si mejora o no la situación de salud de la población; sobre todo, si tenemos en cuenta que la mayor parte de los cambios en la salud de la población no son atribuibles al sistema de salud, sino a cambios en la estructura socio-económica.¹

4.2 Condiciones y Factores Intervinientes.

Para que se dé un proceso efectivo de participación y control popular en salud tal y como lo hemos definido, consideramos como condiciones básicas, que favorecen el mismo: un nivel de organización previa y la educación de las clases populares para aceptar y desarrollar los principios del control popular y, en especial, la definición y apropiación de un nuevo saber médico que vincule el proceso salud-enfermedad en su determinación social (económica y política).

Existen, además, otra serie de factores que asimismo favorecen el desarrollo de los procesos de participación y control, que se mencionarán más adelante.

Con relación al primer aspecto, la organización, existe prácticamente un consenso generalizado en cuanto a que participación significa organización. Se suele aceptar que existe la participación individual (por ejemplo, la de un paciente -

1 Los estudios comparativos internacionales señalan que no existe una relación clara (a veces ninguna relación) entre el gasto sanitario y el nivel de salud de la población, Cfr. De Miguel, op. cit. pp. 203-207.

que plantea un derecho sanitario como consecuencia de una previa relación médico-paciente), pero en general se hace referencia a formas más estables y grupales de participación, como formas colectivas de control.

Pero esta participación colectiva no implica que ésta tenga que ser necesariamente una participación comunitaria (a nivel de municipio, barrio, etc.); pues es posible la existencia de grupos de control (partidos políticos, sindicatos, asociaciones, cooperativas,...) integrados por personas con intereses similares y que no corresponden a divisiones territoriales.

De esta manera, se quiebra el principio mantenido por las concepciones tradicionales de participación comunitaria según el cual, la comunidad era algo homogéneo, con intereses comunes y, por tanto, susceptible de ser organizada para la consecución de objetivos previamente definidos por el sistema de salud.

Con la nueva concepción se plantea que no existe una comunidad, sino que en la misma se da una contraposición y lucha de clases y, por tanto, existen dominadores y dominados, lo que da lugar a la existencia de desigualdades sociales que, en el caso específico de la salud, se traduce en un perfil epidemiológico diferenciado según la clase social a la que se pertenezca. Ello permite, lógicamente, la conformación o existencia de grupos sociales que pretendan participar en el proceso de control de la salud, bien con un contenido clasista o pluriclasista.

Según el pensamiento marxista uno de los elementos que promueve la participación es la conciencia de clase, pudiéndose expresar que "la conciencia de clase promueve la participación política, y a su vez la participación política acrecienta la conciencia de clase",¹ lo cual equivale a decir que cuando una persona participa junto a otros de la acción, en aras de conseguir ciertos fines colectivos

1 A. Pizzorno, op. cit., p. 49

mayor conciencia adquiere la persona de dichos fines, y, por tanto, se sentirá más impulsada a participar.

Sin embargo, la adquisición de esta conciencia de clase no se produce exclusivamente, de manera espontánea, automática, según la posición ocupada en las relaciones de producción. En su formación intervienen una serie de elementos o condiciones entre los que destaca la organización.

Mediante la organización se puede permitir la adquisición de una conciencia de clase, y por consiguiente, favorecer intensificar la participación. Con la organización, se pasa de posiciones atribuidas y naturales (según el lugar ocupado en las relaciones de producción) a posiciones elegidas, es decir, se introduce un elemento de opción que es consustancial al proceso de participación o, en palabras de Pizzorno, "La organización no solo traduce las necesidades objetivas de una categoría o de un conjunto de personas, sino que más bien las transforma en fines que son, respecto de las necesidades objetivas, algo nuevo y diferente".¹

La organización, pues, supone una condición previa a la participación, al menos en su momento formativo. Sin embargo, junto a la organización existen otros elementos, como la intensidad de la lucha de clases, que favorecen la adquisición de una conciencia de clase. Y, por tanto, la participación. En este sentido puede afirmarse que la conciencia de clase y, por ende, la participación son más fuertes en la medida que aumenta la lucha o la tensión en que la clase, o una organización de clase, se encuentra en relación a su adversario.²

En relación al segundo aspecto, la educación popular no sólo constituye un elemento vinculado al proceso de formación y consolidación de las organizaciones clasistas sino que, además mediante la misma se pretende que el proceso educativo se

1 Ibidem., p. 51

2 Ibidem., p. 52

ligue a las necesidades, exigencias e intereses de las clases populares para en -- nuestro caso, promover un control efectivo de la salud.¹ Por otra parte, una mayor educación y apropiación del saber contribuye a una mayor distribución del poder, - en términos de conocimiento, entre la población y, por consiguiente, una mejor dis- posición para la toma de decisiones y control de actividades.

En especial, adquiere una cierta relevancia el hecho de que las clases popula- res puedan ir apropiándose del saber médico, celoso patrimonio de los trabajadores sanitarios y de aquellos individuos con altos niveles de educación, con la finali- dad, mediante su puesta en práctica, de ir modificando la concepción dominante acer- ca del proceso salud-enfermedad (biologicista, individualista y ahistórica), por - una más integral en que se vincule el proceso salud-enfermedad a su determina- ción social, como primer paso para identificar las causas de la enfermedad y, por tanto, poder definir con claridad los objetivos de sus luchas.

En este sentido, se ha demostrado en la práctica² que la formación de miembros de comunidades o grupos en temas relacionados con la salud (como agentes de salud comunitaria, brigadistas, etc.) aumenta la eficacia de la participación, incidien- do directamente en el nivel de salud de la población.

Por último, en la literatura sobre participación comunitaria,³ se mencionan de- terminados factores que han de ser tenidos en cuenta. Si bien algunos de ellos -

¹ No se trata aquí de desarrollar, ni el concepto, contenidos, fines o metodología de la educación popular. Sobre el respecto existe una amplia literatura para ser consultada.

² Como es el caso de Cuba, en el que los representantes de la comunidad reciben no solo adiestramiento en el fomento de la participación comunitaria y en comunica- ciones de masa e interpersonales, sino también en educación en salud. Cfr. OPS, Participación de la comunidad, op. cit.

³ Cfr.entre otros, Héctor Acuña,"La comunidad y el desarrollo de los servicios pri- marios de salud",Educ.Med.Salud, Vol 11,No.2,1977;OPS,"Extensión de cobertura de los servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad",IV Reunión especial de Ministros de Salud de las Américas,Was- hington, Sept.1977;Héctor García Manzanedo,"Estudio sociocultural sobre integra- ción de los sistemas de salud y participación de la comunidad",Educ.Med.Salud - Vol.11,No.4,1977;Carlos Vidal,"Medicina comunitaria:nuevo enfoque de la medicina "Medicina Comunitaria,SESPAS, rep.Dominicana,1980;OPS,"Servicios Comunitarios..." op.cit.;Carlos A.Agudelo;"Participación comunitaria en salud",Bol.OPS,Vol.95 No.3, Sep.1983;OPS, "Participación... op. cit".

responden a criterios ideológicos, la mayoría de los mismos implican requisitos de tipo operacional para el adecuado funcionamiento de los programas de participación comunitaria.

Entre los factores de tipo ideológico destacan los apuntados por Mario Escalona, al señalar como prerequisites necesarios para una verdadera participación popular la propiedad social de los medios de producción y de decisión política de - convertir dicha participación en un hecho real.¹ Si la propiedad social de los - medios de producción favorece indudablemente la participación popular, existen ex - periencias históricas, como el caso de Nicaragua, que demuestran, que sin darse - dicho requisito, también se desarrollan procesos de participación popular.

Respecto a los factores operacionales, cabe resaltar las siguientes:

- Las políticas de salud deben recoger expresamente la participación, y el sistema de salud, a su vez, debe contemplar la estructura necesaria que permita dicha participación.
- Debe fomentarse la coordinación multisectorial de las actividades que entraña la participación.
- Debe procederse a un adiestramiento del personal de salud en participación comunitaria, a fin de cambiar las actitudes negativas de dicho personal.

Si bien estos factores no son los únicos, sí son bastante representativos de lo que en las experiencias prácticas de los programas de participación comunitaria se han venido detectando como factores limitativos para el desarrollo de los mismos. Obviamente, dichos programas respondían a una concepción no compartida en el presente análisis y, por tanto, los factores enunciados son considerados secun - darios.

¹ Catalina Eibenschntz, "Participación popular en salud", Rev. CSUCA, No. 21, S. José, Costa Rica, 1982, p. 122.

4.3 Elementos del Control Popular.

En el proceso de participación y control popular es necesario considerar tres elementos fundamentales: 1) quiénes pueden participar; 2) formas de control y 3) fin perseguido con la participación.

Al haber conceptualizado la participación y control popular como un proceso gradual, esto implica que el grado de participación alcanzado en una sociedad concreta y para un momento histórico determinado, dependerá básicamente de la correlación de fuerzas alcanzada por las clases populares en la estructura de poder, en el proceso de lucha desarrollado por conseguir en control de la salud. También, del grado de madurez alcanzado en las condiciones definidas en el punto anterior.

Es por ello, por lo que en pura teoría, cabe hablar de numerosas organizaciones como posibles grupos de control popular, dando lugar en una tipología muy diversa que puede variar para cada sociedad según el grado de desarrollo socio-económico y cultural alcanzado.

Desde un punto de vista teórico, puede intentarse realizar una sistematización y clasificación de posibles grupos de control popular, según ciertas características básicas.¹ Así, en primer lugar, según el tipo de organización, ésta puede ser individual (personas desagregadas), grupos primarios generalmente pequeños en número de personas, asociaciones voluntarias que integran a más personas, organizaciones informales de contenido reivindicativo y organizaciones más complejas, que van desde partidos de clase, organismos de masas a organizaciones de corte más institucionalizada.

Otra característica básica para intentar clasificar a los posibles grupos de control sería atendiendo al tipo de miembros que participan en el control. Así,

¹ Cfr. De Miguel, op. cit.

puede hablarse de grupos que integran a población en general, ex-pacientes, pacientes y sus familiares o allegados, y personal de salud en sentido amplio.

En función de estas características se puede elaborar un cuadro de doble entrada (ver cuadro No. 1) que, con carácter provisional y de manera no exhaustiva, trata de reflejar la mayoría de los grupos que de una forma u otra pueden tratar de controlar el sector sanitario.

Algunos de los grupos de control existentes en la actualidad provienen, históricamente, de procesos de concientización individuales que llevaron a actividades de auto-ayuda. El auto-cuidado es uno de los sistemas de atención sanitaria más antiguos de la humanidad y, en cierto modo, una forma elemental de control popular sobre la salud que "se origina, en la mayoría de los casos, en proyectos gubernamentales, que toman como base pequeñas comunidades y que, a diferencia de los programas de desarrollo de la comunidad y de la estrategia de la APS, no ven como necesaria la integración de sus actividades a nivel nacional"¹

La promoción de la autoayuda se suele desarrollar en pequeñas comunidades sin cobertura de los servicios institucionales de salud, pretendiéndose la adquisición de conocimientos por parte de la población para así poder resolver por sí mismos los problemas de salud de mayor incidencia,² pero sin plantearse una lucha por la demanda de una cobertura real.

Este modelo de autoatención está basado en las siguientes características: eficacia programática, concepción de la salud como bien de uso y tendencia a percibir la enfermedad como mercancía; estructuración de una participación simétrica y homogeneizante, legitimidad grupal y comunal, concepción basada en la experiencia, tendencia a la apropiación tradicional de las prácticas médicas.³

1 Ricardo Loewe, Atención primaria a la salud:revisión conceptual, mimeo, p. 6

2 Ibidem p. 6 y David Werner y Bill Bower, Aprendiendo a promover la salud, CEE, México, 1984.

3 Cfr. Eduardo L. Menéndez, Hacia una práctica médica alternativa, cuadernos de la casa chata, 86, México, 1984, pp. 6-9

C U A D R O N O . 1
 POSIBLES GRUPOS DE CONTROL POPULAR

TIPO DE ORGANIZACION TIPOS DE MIEMBROS	INDIVIDUOS	GRUPOS PRIMARIOS	ASOCIACIONES VOLUNTARIAS	ORGANIZACIONES INFORMALES	ORGANIZACIONES COMPLEJAS
POBLACION EN GENERAL	Defensor del Pueblo, Auto-examen	Colectivos sanitarios grupos de mujeres Programas escolares Auto-ayuda, Atención familiar, Clubs de jóvenes	Asociaciones de Vecinarias Cooperativas Dispensarios Comunitarios, Grupos de Salud de Mujeres, Grupos religiosos sanitarios	Organizaciones feministas Ecologistas Anti-nucleares Pacifistas Homosexuales Movimientos de Liberación Movimiento de base	Partidos políticos, sindicatos Organismos de masas, Administración sanitaria, Seguridad Social, Consejos de Salud Organizaciones no gubernamentales
EX-PACIENTES		Grupos de auto-ayuda	Alcohólicos Anónimos Neuróticos Anónimos		
PACIENTES Y/O SUS FAMILIARES O ALLEGADOS	Cartas o Códigos derechos sanitarios, Libros de reclamaciones, Auto-cuidado	Grupos de auto-ayuda Equipos de atención primaria de salud Centros de salud Clubs sanitarios Ayuda mutua	Minusválidos Hemodiálisis Damnificados	Consumidores	Centros de Salud
PERSONAL DE SALUD	Trabajadores sociales Reglamentos sobre riesgos de salud en ocupaciones concretas	Equipos sanitarios	Colegios Profesionales Sociedades de investigadores o científicos		Sindicatos del sector salud

Sin embargo, en algunos países desarrollados se formaron también grupos de autoayuda y ayuda mutua, como por ejemplo el movimiento norteamericano de free-clinics que comenzó hacia 1967, con la finalidad de ofrecer ayuda en algunos aspectos sanitarios, pero sin pretender constituirse en una alternativa al sistema sanitario. -- Asimismo, en algunos países se han formado grupos de ayuda mutua por diversos sectores de la población, especialmente por mujeres, para la organización de servicios sanitarios mínimos (aborto y control de natalidad, sexualidad, violación, etc.), -- aunque, en algunos casos, también proponen servicios sanitarios alternativos.

Otro tipo de grupos de control que han tenido un gran desarrollo es el constituido por los grupos voluntarios de pacientes y ex-pacientes de todo tipo. Si bien los grupos varían según cada país, hay algunos de ellos que han traspasado las -- fronteras como Alcohólicos Anónimos (AA), Neuróticos Anónimos, etc. Su característica es la de mantener intereses comunes, desarrollando algún tipo de organización.

También, especialmente en los países desarrollados, ciertas organizaciones informales que suelen tener una visión más integral de los problemas que inciden sobre el nivel de salud de la población, y que cada vez tienen una mayor importancia en las sociedades contemporáneas, han producido, en algunas de ellas, cambios notables en el sector sanitario. Entre estas organizaciones destacan los movimientos feminista, ecologista, pacifista, anti-nuclear, homosexuales, etc. Concretamente, los grupos feministas dedicados a temas sanitarios plantean explícitamente no sólo cambios profundos en el sector sanitario sino incluso en la estructura social. En este sentido, atacan el sistema sanitario por irracional y patriarcal, -- mantenedor de desigualdades sexuales y reproductor del sistema social opresor.

Dentro de las organizaciones complejas, un papel protagonista en el campo de la salud debe ser asumido tanto por los partidos políticos, sindicatos y organismos --

de masas de amplia base popular, pues como organizaciones de clase a ellas les corresponde realizar una tarea fundamental en la lucha por la construcción de una contrahegemonía, en la cual la salud constituye un espacio privilegiado en esta tarea; sobre todo, si tenemos en cuenta que, en general, los cambios sanitarios más importantes han provenído de transformaciones socioeconómicas estructurales (a veces revolucionarias) de grupos sociales que no son sanitarios ni mantienen su actividad dentro del sector sanitario.

Respecto a las formas de control popular de la salud, considerando los objetivos formulados para éste, van desde una mejora sustancial en los servicios sanitarios recibidos por la población, hasta un cambio radical de las estructuras sociales y sanitarias que mantenían los procesos de desigualdad anterior. Estas formas de control exigen, en todo caso, un acceso directo a los procesos de toma de decisión, tanto en la definición de los problemas más importantes como en la formulación de las políticas de salud. Es decir, la participación popular implica un proceso de repartición de poder y un control de sistema de salud.

Tradicionalmente, se ha venido desarrollando la participación comunitaria en el primer nivel de atención y, sobre todo, como una estrategia de extensión de cobertura. Son pocas las experiencias en las que se da una participación popular a nivel central del sistema de salud, y muy excepcionales cuando se da en el nivel de atención hospitalaria.

El control por parte de la población debe ser ejercido a todos los niveles del sistema sanitario, desde la relación médico-paciente (cuando exista), pasando por los recursos humanos, materiales y financieros, hasta la definición de las políticas sanitarias nacionales. En todo caso, la concreción de este control vendrá determinado, en parte, por el resultado de la confrontación experimentada entre aquellos grupos que, en general, se conforman con los sistemas normativos

y son por tanto mantenedores del sistema sanitario imperante; y aquellos otros - que pretenden un cambio sustantivo del sistema de valores y de la estructura social.

Por otra parte, el acceso directo a los procesos de toma de decisión exige -- una intervención decidida de los sectores populares en las diferentes etapas que integran la gestión en salud.

Ahora bien, la modalidad de gestión empleada "dependerá de la historia, la cultura y los valores sociales de un país".¹ Pero fundamentalmente va a depender de la estructura del poder en dicha formación socioeconómica. Y es en función de la relación que se establezca entre los diferentes grupos sociales de poder que las acciones de salud se encaminarán hacia diferentes objetivos. De igual manera, -- las políticas sectoriales derivadas de las generales en un momento histórico dado, van a estar impregnadas por esta correlación de fuerzas entre poderes; entendiendo que las políticas dictadas son proposiciones de realizar algo con la intención de que el poder, en el sector en cuestión, permanezca en el mismo grupo social -- que ya lo detenta, o tiende a desplazarse hacia otro grupo social.²

Para alcanzar cualquier objetivo o meta ya sea social o más concretamente en el sector salud, es necesario recurrir al proceso de planificación como medio de conquistarlo. Si lo propuesto es conseguir el control popular de la salud, existe una condición indispensable que es la participación de los sectores populares en la planificación de salud, es decir en la formulación y ejecución de los planes y programas considerados por la planificación, entendida ésta como un proceso global. En este sentido debemos considerar la Planificación Participante cuyas características son:

- incorporar progresivamente a la población de los niveles de base.

¹ Bogdan M. Kleczkowski y otros, Sistemas nacionales de salud y su reorientación hacia la salud para todos. OMS, Cuadernos de salud pública, 77, Ginebra, 1984, p.19

² Cfr. Mario Testa, Crisis aparente en el sector salud, Política y planificación de la salud, CENDES, S.F. mimeo, P.11

- la planificación es dinámica y flexible de acuerdo a las nuevas situaciones - que el dinamismo del proceso vaya creando.
- debe expresar fielmente las necesidades e intereses de la población beneficiaria.¹

De igual manera que se define la planificación participante en el camino para el control de la salud, las demás etapas del proceso administrativo deben contemplar también el proceso participativo como un elemento esencial en su desarrollo. Así tenemos: planificación participante, ejecución participante y control-evaluación participante.

La ejecución participante tiene que tener en cuenta la organización de la población respetando sus costumbres y valores. Asimismo debe planearse un programa de adiestramiento para capacitar a los pobladores.

La evaluación participante es la técnica que permite la intervención de la población organizada en el análisis cuantitativo y cualitativo de los logros y/o fracasos obtenidos en la realización de una acción programada. La evaluación participante debe ser:

- Informativa
- Formativa
- Operativa
- Participativa

Conviene también señalar algunas características de la evaluación participante:²

.La evaluación debe ser hecha en función de los objetivos también fijados por la población que participa. Esto significa que la evaluación es la etapa de una acción

1 OPS/OMS, Conceptos modernos sobre planificación participante, Documento Hp-He-12, 1975. pp. 6-7

2 Ibidem., p. 32

integral que considera la participación de los grupos sociales desde los orígenes de la misma acción.

.La realización de la evaluación participante debe obedecer a los intereses de la población; siendo los que participan los que deben determinar la realización de la evaluación, porque así conviene a sus intereses.

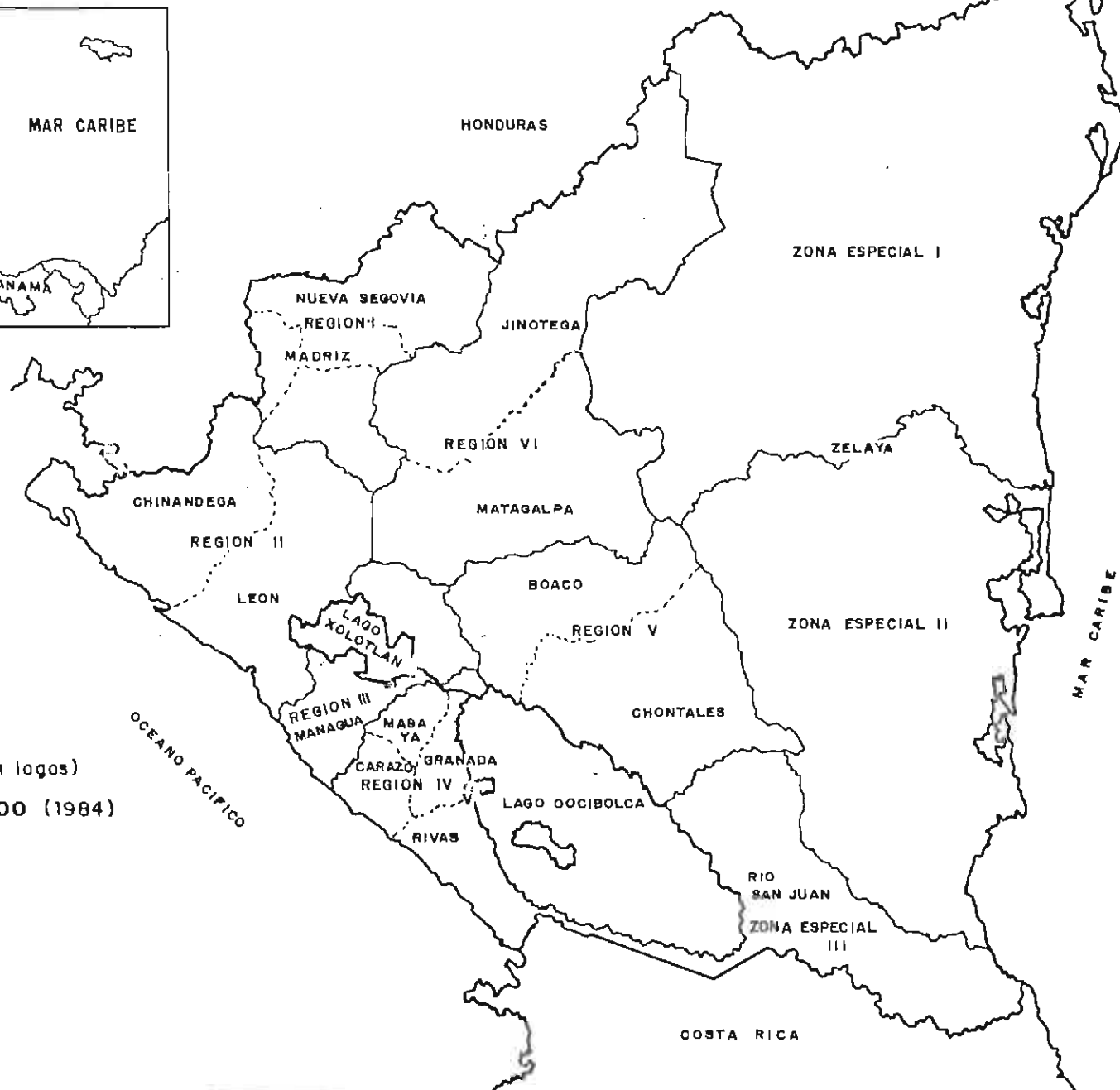
.El análisis de la información recogida debe ser hecha básicamente por la población; evitando de esta manera que la sistematización de la información recogida pueda ser modificada o deforme la realidad, también facilita la capacitación de los participantes mediante el análisis de los datos, dándoles acceso activo a los datos de conjunto y su interpretación.

Por último, en relación al fin pretendido por el control popular ya ha sido mencionado al conceptualizar la participación y control popular de la salud.

C A P I T U L O I I

ETAPAS EN EL DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL
DE NICARAGUA.

NICARAGUA



AREA: 127,755 Km²

(Incluye 9,291 Km² en logos)

POBLACION: 3,165,100 (1984)

1. INTRODUCCION

Históricamente, las raíces en cuanto a la formación del capitalismo en Nicaragua, al igual que para el conjunto de América Latina hay que buscarlas en la dominación colonial experimentada alrededor de tres siglos.

Durante dicha etapa, la economía de las colonias fue incorporándose paulatinamente a la economía mundial a través del suministro de bienes primarios (productos minerales y agropecuarios) a las metrópolis europeas; y como consumidora de productos manufacturados provenientes de aquellas, dentro de un proceso incipiente de división internacional del trabajo.

El proceso de transición del feudalismo al capitalismo acaecido en Europa durante la etapa de dominación colonial contribuyó a sentar las bases de un sistema capitalista global dentro del cual la estructura económica impuesta a las colonias estableció los mecanismos que aseguraban la expropiación/apropiación continuada de los excedentes económicos ¹ de las mismas por parte de las metrópolis dominantes.

De esta manera, y como consecuencia del dominio colonial, América Latina queda insertada en el sistema capitalista mundial a través de relaciones permanentes y dependientes con las potencias hegemónicas. Es precisamente desde esta perspectiva de la que Nicaragua arranca como nación independiente en el primer tercio del S. XIX.

En este capítulo se analiza la evolución seguida desde entonces en su dimensión económica, social y política, para concluir con un análisis de la situación de salud existente bajo el somocismo.

1 Entendidos como la diferencia entre la producción social total y los costos socialmente necesarios de esa producción, según el concepto de Paul Baran y Paul M. Sweezy en "El capital monopolista".

2. DE LA INDEPENDENCIA POLITICA A LA DESNACIONALIZACION DE LA ECONOMIA

2.1 La Economía de Subsistencia

Cuando Nicaragua alcanza la independencia política en 1821, su articulación al sistema capitalista mundial se puede definir como débil y escasa dados los bajos niveles de intercambio con el exterior y su reducido mercado interno.

Desaparecido el vínculo colonial que obligaba al abastecimiento de productos primarios a la metrópoli española, se produce un retorno a los patrones propios de una economía de subsistencia cuya base fundamental descansaba en dos clases de unidades productivas:

- a) La hacienda ganadera de tipo señorial, que deviene en productora de medios de subsistencia adquiridos anteriormente en el mercado.
- b) Las parcelas familiares de autoconsumo (chacra o huerta) tradicionalmente no especializadas y de producción multicultivista, que predominaban en la agricultura de la época, y que se incrementaron como consecuencia de la abolición de las instituciones coloniales ("vinculaciones" y "mandamientos" que imponían el trabajo obligatorio a los indios en las haciendas).

La intensificación en lo agrícola de prácticas dirigidas hacia el autoconsumo es, tan sólo, una parte integrante del atraso considerable en el que se encuentra la economía, que, en los años siguientes a la Independencia, presentaba el siguiente cuadro:

- a) Predominio en el conjunto de la economía de un fuerte sector de subsistencia constituido por la agricultura parcelaria de autoconsumo, desvinculada del mercado, y en la cual se ubicaba la mayor parte de la población económicamente activa del país.
- b) Fuerte atraso y baja especialización del sector industrial y de ocupación urbana.

- c) Débil mercado interno y flujos de intercambio locales escasamente desarrollados.
- d) Persistencia de un sector agroexportador de corte colonial -cueros, sebo y carne salada, añil, azúcar, especias- controlado esencialmente por casas de comercio inglesas¹, siendo la producción de añil (colorantes) la principal fuente de ingresos externos durante la época colonial.

La situación económica imperante permite afirmar que durante este período la vigencia mayoritaria de relaciones precapitalistas de producción, impide la articulación de un mercado interior (tanto de factores como de productos) como elemento indispensable para el desarrollo capitalista.

2.2 Orígenes y Desarrollo del Capitalismo Dependiente

La generalización del cultivo de café con fines de exportación a partir de 1880, se convertirá en el instrumento que permita el surgimiento de relaciones capitalistas de producción en Nicaragua, a través de dos mecanismos:

- a) El afianzamiento de su integración al sistema de dominación capitalista.
- b) La remoción de aquellos obstáculos -relaciones precapitalistas- que impedían el desarrollo de las nuevas relaciones capitalistas de producción.

Respecto al primer punto, el auge de las exportaciones cafetaleras supone la incorporación definitiva de la economía nicaragüense a la división internacional del trabajo, como facilitadora de productos agrícolas al mercado mundial, supeditando el desarrollo económico futuro a las leyes de un mercado controlado por los países capitalistas del centro.

¹ J. Wheelock, Imperialismo y Dictadura, Edit. s. XXI, México, 1980, pp. 65-67

Con relación al segundo aspecto, el mercado de trabajo que el cultivo de café requería se creará a través de la expropiación de tierras (de manera violenta o por medio de instrumentos legales) a los indígenas y mediante el peonaje¹, en un proceso que si bien en un principio mantuvo características precapitalistas en la organización social de la producción (vinculación laboral a la plantación cafetalera en base a la aparcería, medianería, colonato, renta, pagos en especies, etc.) - progresivamente se van adoptando medidas que permiten el tránsito hacia un mercado de trabajo de tipo capitalista.

A su vez, la conversión de la tierra en capital productivo ante las exigencias de la producción cafetalera, genera un proceso de expropiación/apropiación y expansión latifundista que se intensifica a principios del Siglo XX mediante "la realización de la propiedad eclesiástica, la abolición del sistema de manos muertas y la venta de tierras nacionales"², en un afán de incorporar recursos ociosos o subutilizados a la nueva riqueza "nacional". En 1926, el área cultivada llegaría a las treinta mil hectáreas.

Las crecientes exportaciones cafetaleras se convierten en el sector dinámico de una economía que va confirmando de esta manera su carácter agroexportador³. A instancia de las mismas, se logra un sostenido crecimiento económico que permite una acumulación de capital en base a la cual se desarrollan ciertas actividades comerciales, industriales y financieras.

El desarrollo capitalista que^{se} opera en Nicaragua a través de la agricultura monoexportadora, permitirá la articulación de un mercado interno que se nutrirá

1 Se obliga a concurrir a los trabajos agrícolas a todos aquellos que no pudiesen demostrar el desempeño de una actividad remunerada.

2 J. Wheelock, op. cit. p.26

3 Para 1926, el café supondrá el 62.2% del valor de las exportaciones totales.

de la producción comercial de medios de subsistencia generados en los sectores agrícola e industrial.

Sin embargo, es necesario apuntar que para estas fechas (primer tercio del siglo XX) comienza a vislumbrarse lo que se convertiría en una constante en las décadas posteriores: la creciente intervención norteamericana en la vida económica y política de Nicaragua.

El interés geopolítico que para los Estados Unidos supone Nicaragua (situación geográfica, posibilidad de un canal interoceánico, vía comercial, etc.), da lugar a una escalada intervencionista que se manifiesta en el terreno militar, económico y político.

Desde el punto de vista económico, los empréstitos contraídos por los gobiernos conservadores en la segunda década del siglo XX van a implicar que, como garantía de los mismos, el control de la finanzas y la economía pasen a manos de los banqueros norteamericanos, al mismo tiempo que la comercialización de la producción cafetalera será monopolizada por una empresa norteamericana (la Compañía Mercantil de Ultramar) que, a su vez, financiaba también las cosechas cafetaleras.

Se inicia así la penetración del capital extranjero fundamentalmente norteamericano, que se dirigirá a los sectores claves de la nación, determinando el carácter subordinado y dependiente de la economía nicaragüense, que en lo sucesivo actuará supeditada a los intereses del imperialismo norteamericano.

La gran depresión acaecida en 1930 tiene sus efectos en Nicaragua, dada su inserción en el sistema capitalista mundial. Las consecuencias para la economía nacional fueron:

- Abrupta disminución de las exportaciones cafetaleras, ante la caída de los precios internacionales del café y la recesión económica generalizada. Para contrarrestar los efectos derivados de la baja de los precios, se adoptan como estrategias:
 1. Reducción de los costos de producción, rebajando los salarios de los trabajadores agrícolas para mantener las tasas de ganancia.
 2. Extensión del área cultivada con el fin de recuperar en cantidad lo que se perdió en precio. De 1929 a 1935 se incrementa el volumen de exportaciones en un 40% mientras que en el mismo período los precios habían caído en un 66%. De 1926 a 1950, el área de cultivo aumentaría en un 140%.¹
- Concentración de las grandes propiedades cafetaleras en manos de los fuertes productores y casas extranjeras compradoras de café (Casa Calley Dagnall, S.A., Compañía Mercantil de Ultramar, Cruz Lorena, S.A.), debido a los efectos prolongados de la crisis en los precios lo cual debilitó a los productores cafetaleros y, por ende, a la economía nacional.
- El oro, cuya explotación estaba en manos de compañías norteamericanas, se convierte en el principal producto de exportación (representa el 52% del valor total de las exportaciones en 1935), acentuándose el carácter dependiente de la economía.

La segunda Guerra Mundial agudiza esta situación de dependencia, al quedar la economía nicaragüense prácticamente integrada a la norteamericana. La guerra en suelo europeo, junto con la imposición por parte de Estados Unidos a Nicaragua - de ciertas medidas propias de una economía de guerra (limitación de importaciones,

¹ Porcentajes calculados a partir de los datos de CEPAL, reportados por J. Wheelock, op. cit. pp. 30-31.

acceso restringido al mercado de divisas, suministro de materias primas para la industria bélica y productos alimenticios) acentuaron la dependencia nicaragüense respecto al mercado norteamericano, llegando éste a absorber más del 90% de las exportaciones totales. Concretamente, si en 1938 el 51.7% de las exportaciones cafetaleras se destinaban a USA, en 1945 este país llega a adquirir el 96.8% de las mismas.¹

Como contrapartida, las importaciones de productos manufacturados requeridas para el desarrollo económico de Nicaragua procederían de la industria norteamericana.

2.3 Consolidación del Modelo Agroexportador

La naturaleza dependiente del capitalismo en Nicaragua, se intensifica en el período de posguerra con la expansión unilateral y desequilibrada del cultivo algodónero. Las necesidades norteamericanas de dicha materia prima como consecuencia de la guerra de Corea (que cierra el mercado algodónero de esa región), desata a partir de 1950 un "boom" algodónero que desplaza "a los productos tradicionales de la economía en lo que respecta a área sembrada, área cosechada, efectos multiplicadores para la economía, captación de habilitaciones, atención infraestructural, consumo de técnica moderna, influencia en la incipiente industrialización del país, consumo de mano de obra asalariada, captación de capital, generador de divisas para el país, etc. etc."²

En cinco años las regiones cerealistas del Occidente Nicaragüense se convierten, por razones climáticas y de terreno, en áreas de cultivo del algodón llegando a -

1 Según datos de la CEPAL, para 1950 el valor de las exportaciones cafetaleras a EUA seguía representando todavía el 94.2% del total de las exportaciones cafetaleras.

2 Orlando Núñez Soto. El Somocismo y el Modelo Capitalista Agroexportador. UNAN, Nicaragua. p. 17.

ocupar en 1955 el 80% del área total cultivada en el Pacífico. En cuanto a su expansión física, de 20,000 manzanas cultivadas de algodón en 1950, se llega a - - - 300,000 manzanas en 1976.(*)

El nuevo auge algodonnero se manifiesta en el comportamiento de las exportaciones. Para 1956, el algodón se convierte en el principal producto de exportación como podemos observar en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 2
EXPORTACIONES TOTALES DE NICARAGUA 1950-1972
PARTICIPACION PORCENTUAL DE CINCO PRODUCTOS PRINCIPALES

PRODUCTO AÑOS	TOTAL EXPORT.	ALGODON	CAFE	AZUCAR	CARNE	ORO
1950	100	5.38	50.70	2.16	-	23.62
1956	100	36.40	35.80	0.60	-	11.31
1963	100	37.60	16.60	5.70	4.75	6.70
1970	100	19.17	18.00	5.50	14.90	2.14
1972	100	25.17	13.20	6.08	15.31	1.24

FUENTE: Con base en Memorias de la Recaudación General de Aduanas, Banco Central, "Principales Indicadores Económicos", 1972, citado por J. Wheelock, op. cit. p.206.

El protagonismo que le correspondía al café como producto estrella en las exportaciones en 1950 (casi el 51%), comienza a declinar ante el nuevo auge algodonnero, llegando a representar para 1972 tan sólo 13.20% de las exportaciones totales.

La explotación algodonnera, al incorporar todos los elementos propios de la empresa capitalista -utilización intensiva de capital, uso de fertilizantes e insect-

(*). Una manzana equivale a 0.69 Has.

ticidas, control de costos y calidades, uso del crédito bancario, mayor valorización de la tierra, etc.- va a acelerar el desarrollo de la relación de producción capitalista en la agricultura, configurando a ésta como el sector más dinámico de la economía nicaragüense y consolidando el carácter subordinado y dependiente del capitalismo local.

La rentabilidad obtenida en el cultivo del algodón, permitirá la acumulación de notables excedentes que dan origen a una parte del sistema financiero privado (Banco Nicaragüense). Igualmente el algodón contribuyó al desarrollo de actividades agro-industriales y comerciales, al inicio de un proceso de urbanización (camino, puertos, energía eléctrica, servicios bancarios y comerciales...) en la zona del Pacífico, así como a un cierto desarrollo artesanal y fabril por el crecimiento de la población urbana.

La característica más sobresaliente de la economía nicaragüense en la década de 1950, es la de su gran crecimiento. Si en el quinquenio 1945-1949 el PNB había mantenido un ritmo promedio de crecimiento del 3.6% anual, para el período de 1950 - 1954 dicho crecimiento será del 8.5%, mientras que para todo el decenio de 1950, - el promedio de crecimiento anual del PNB fue del 6.3% (las cifras más altas de toda Centroamérica).¹

La expansión y diversificación experimentada por la economía agropecuaria de exportación, dio lugar asimismo a una diversificación de los mercados exteriores. Mientras que en la segunda mitad de la década de 1940, Estados Unidos absorbía entre el 70% y el 90% de las exportaciones nicaragüenses, para finales de la década de 1950, esa cifra significaba un 35%. Sin embargo, no sucedió lo mismo con las importaciones, de las que Nicaragua seguía siendo fuertemente dependiente de los

¹ Vilas, Carlos M., Perfiles de la Revolución Sandinista, Ed. Casa de las Américas, La Habana, Cuba, 1984, p. 80.

Estados Unidos (56% a finales de los 50).

La producción y expansión algodonera trajo como consecuencia una fuerte concentración del uso de la tierra, a tal extremo que para 1969-1970, tan sólo el 15% de los productores de algodón controlaban el 75% de todas las áreas cultivadas.¹

Los diferentes ciclos depresivos del algodón a partir de 1956, como consecuencia de la baja de los precios en los mercados internacionales, inciden directamente en la economía nicaragüense, entrando en una etapa de estancamiento y crisis.

De nuevo, la naturaleza dependiente del capitalismo en Nicaragua impide la existencia de una fuente estable de ganancias para el país que le permita iniciar el camino hacia el desarrollo económico.

2.4 La Industrialización Tardía

Ante la crisis del modelo agroexportador, se plantea como alternativa una política de industrialización por sustitución de importaciones, bajo los suspicios de la estrategia desarrollista que los Estados Unidos proponen para América Latina, conocida como Alianza para el Progreso (ALPRO). En Centroamérica, esta estrategia se concreta en 1960 en el Tratado General de Integración Económica, más conocido como Mercado Común Centroamericano, cuyos fines inmediatos son favorecer el libre comercio entre los países miembros, aplicar una tarifa exterior común, armonizar las políticas económicas y llegar a "un régimen único de industrias centroamericanas (llamadas de integración), acompañado por un sistema especial de promoción de las actividades industriales y de un acuerdo sobre los estímulos fiscales para el desarrollo industrial"²

1. Herrera Zúñiga, René "Nicaragua: el desarrollo capitalista dependiente y la crisis de la dominación burguesa, 1950-1980", en Centroamérica en Crisis, El Colegio de México, México, 1984, p. 99.

2. D. C. Lambert y J. M. Martín, América Latina: Economías y Sociedades. Edit. FCE, España, 1976 p. 396.

Los efectos sobre la economía nicaragüense de la política de integración fueron los siguientes:

- Mayor complejización sectorial de la actividad económica al desarrollarse una nueva estructura industrial ligada por un lado, a las actividades agroindustriales vinculadas al sector primario nacional; y por otro, a la producción industrial basada en la importación de materias primas, bienes intermedios y de capital bajo la protección del subsidio estatal.
- Notable incremento de la inversión privada (que se duplica en el período de 1963 a 1967 con relación al lustro anterior), y particularmente de la penetración del capital extranjero (norteamericano) bajo diferentes modalidades, (inversiones directas, licencias, financiamiento) llegando a cuadruplicarse entre 1959 y 1969 el monto de las inversiones extranjeras. La mayor parte de las industrias que surgen en la década de los sesenta son filiales de las grandes compañías transnacionales norteamericanas, que aprovechan un favorable marco legal, que permitía la libre exportación de capitales y la exención de impuestos.¹

El proceso de industrialización, que acarrea una mayor participación del valor agregado industrial en el PIB (del 15.5% en 1964 al 21.1% en 1971), tiene como resultado coyuntural un acelerado crecimiento económico que se traduce para el período 1961-1965 en una tasa promedio de crecimiento anual del PIB de 10.1%.

No tan positivos fueron los efectos del proceso de industrialización en la sustitución de importaciones y en la generación de empleo. Respecto al primer aspecto, en 1960 la producción industrial nacional suponía el 60% del valor del total de las importaciones industriales. En 1970, seguía manteniéndose en el mismo nivel, para descender en 1977 al 54%.

1 A principios de 1971 operaban en Centroamérica 28 de las 100 más grandes empresas multinacionales con sede en USA.

En cuanto al segundo aspecto, la industrialización expresó una reducida capacidad de generación de empleo. La PEA industrial pasó del 11.6% del total en 1963 al 12.3% en 1971 y el 9.6% en 1975,¹ lo cual revela un débil impacto del proceso de industrialización sobre el volumen de empleo urbano en un país con abundante mano de obra.

La política desarrollista practicada en los sesenta, tuvo otras consecuencias que agudizan ciertos problemas estructurales de la economía nicaragüense. Fundamentalmente tres:

1. Acentuación de la dependencia externa, producto del mayor endeudamiento exterior contraído a fin de asegurar las crecientes importaciones requeridas por el desarrollo industrial. La deuda externa pasó de 21.7 millones de dólares en 1960 a 92.7 millones en 1967, ante la imposibilidad de financiar vía exportaciones la demanda de productos en el exterior (en 1967 las exportaciones totales representaban el 29% del PIB, mientras que las importaciones suponían el 43.2% del mismo).
2. La desnacionalización de la economía ante la presencia de numerosas empresas multinacionales en sectores claves.²
3. La alta concentración del ingreso y la riqueza en un reducido sector de la población.

El aumento de la producción y los ingresos reales (crecimiento económico) observado a partir de 1960, no supone un desarrollo económico para el país, en la medida

1 Vilas, Carlos M., op. cit. pp. 83-86.

2 Para una información más detallada y el papel del capital extranjero en la industrialización ver Herrera Zúñiga, René, op. cit. pp.101-106; y Muro Rodríguez, M., *Nicaragua y la Revolución Sandinista*, Ed. de Ciencias Sociales, La Habana, 1984, pp. 106-111.

que no conlleva una mejora en la distribución de dichos ingresos en el conjunto de la sociedad. Todo lo contrario, "el capitalismo creció con profundas desigualdades intersectoriales, espaciales y, por supuesto, sociales, reforzando la desarticulación de la estructura económica y agudizando su subordinación al exterior".¹

Si el PIB por habitante creció en términos reales de 451 dólares en 1950 a 966 dólares en 1977, la distribución del mismo fue marcadamente desigual. El PIB per cápita del 50% inferior de la población era en 1977 de menos de 300 dólares anuales y representaba el 15% del PIB total, mientras el 20% superior concentraba el 60% del PIB con un promedio de casi 3,000 dólares al año. Según cifras de la CEPAL, en 1977 el 5% de la población de Nicaragua concentraría el 28% del ingreso; en tanto que el 50% captaba tan sólo el 15%, según podemos observar en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 3

DISTRIBUCION DEL INGRESO EN NICARAGUA. 1977.

Grupo	% del Ingreso Total
5% superior	28
15% medio superior	32
30% medio	25
50% más bajo	15
TOTAL:	100

FUENTE: CEPAL (1979) citado por Carlos M. Vilas, op. cit. p. 89

Concretamente, el ingreso agropecuario se distribuía en 1971 de la siguiente manera:

¹ Vilas, Carlos M. op. cit. p. 87.

Cuadro No. 4

DISTRIBUCION DEL INGRESO AGROPECUARIO. NICARAGUA. 1971

Grupo Económico	% del Ingreso Agropecuario	% de la PEA
Patronos	63.1	3.5
Trabajadores por cuenta propia	29.4	45.5
Empleados	7.5	51.0

FUENTE: Orlando Núñez "El Somocismo y el Desarrollo Agroexportador", según datos de UNASEC, p. 50.

La distribución desigual del ingreso y la concentración del poder económico en fuertes monopolios con excesivos beneficios no reinvertidos, sino gastados y tal vez expatriados, da lugar a un reducido mercado interno de bienes de consumo que, en pura lógica capitalista, impide la división y especialización de la mano de obra asalariada; lo que a su vez, tiene como consecuencia la baja producción de artículos manufacturados y a precios altos, recurriendo así a la demanda de bienes finales importados.

El modelo de crecimiento adoptado entra en crisis a finales de los sesenta. El ritmo de crecimiento del PIB decae en el período 1966-1975, llegando tan sólo a un promedio anual del 4.1%, como consecuencia de la caída de los precios de los productos de exportación, limitaciones para la expansión del sector industrial, el estrecho mercado interno y los problemas estructurales del Mercado Común Centroamericano, que para esa fecha ya había hecho aguas. La inversión privada, buen indicador de la situación, se estanca, y tan sólo aumenta de 1968-1972 en un 9% con relación al quinquenio anterior.

2.5 La Crisis del Sistema

A comienzos de la década del setenta, la economía nicaragüense entra en una fase depresiva, enfrentando una serie de problemas tales como la crisis del Mercado Común Centroamericano (MCCA), el fuerte proceso inflacionario y la recesión económica a nivel mundial, aumento de los precios del petróleo y sus derivados, devaluación del dólar, etc.

Las características de la crisis económica, agudizada a partir del terremoto acaecido en 1972, se reflejan en la situación estructural que presenta la economía nicaragüense en 1977-78:

- a) Fuerte desaceleración del crecimiento económico. Si bien en el período de 1971-1974, la tasa media anual del crecimiento del PIB fue del 6.4%, en 1975-1978 se redujo a 0.3%, cayendo en 1978 a -6.9%, dentro de una tendencia decreciente en el dinamismo de la economía nacional a largo plazo.
- b) Práctico estancamiento de la inversión privada. En el período de 1972-75 la reconstrucción de Managua como consecuencia del terremoto produjo una cierta recuperación económica, si bien las inversiones se destinaron a los sectores no productivos, impidiendo una reactivación industrial. De 1972 a 1976 las inversiones privadas aumentaron en un 38% respecto al quinquenio anterior, como consecuencia de las actividades de reconstrucción; pero si del monto global de inversiones se sustraen las dirigidas a las construcciones privadas (residencias, comercios, ...) el incremento real de la inversión privada bruta fue del 18% en lugar del 38%. Para finales de 1978, la inversión privada se había reducido en más de un 30% con relación a los niveles de 1977.

- c) Abultado déficit público de la Administración del Estado. El descenso de las inversiones privadas se compensó con un crecimiento de las inversiones públicas, si bien los gastos del Estado excedieron significativamente los ingresos obtenidos llegando en 1977 a un elevado déficit fiscal que representaba la mitad del gasto público, y que sería financiado a través del crédito externo.
- d) Fuerte endeudamiento externo. La naturaleza de las políticas económicas implantadas por el Gobierno tuvieron como consecuencia que a partir de 1974 la deuda externa aumentara a un ritmo acelerado. Así, de 255 millones de dólares en 1972 se pasa a 1000 millones en 1978.

El carácter de la inversión pública, canalizada a obras de infraestructura a largo plazo y gastos consuntivos (militares, etc.) contrasta con la estructura que presenta la deuda externa: la mayoría de los créditos estaban contratados con bancos privados norteamericanos en condiciones desfavorables (préstamos "duros" a corto plazo y con altas tasas de interés).

En 1976, del total de la deuda (702.3 millones de dólares) el 51.8% de la misma se había contraído con bancos comerciales e instituciones particulares; el 34.1% con agencias financieras internacionales (AID, BID, BIRF, etc.) y el 14.1% con organismos oficiales norteamericanos.

- e) Creciente desequilibrio en la Balanza de Pagos. La balanza de pagos en cuenta corriente pasa de 17.9 millones de dólares como promedio anual en el período 1970-1973 a 174 millones como promedio anual durante el período 1974-76.

El déficit creciente de la balanza comercial del período 1972-76 se produjo, fundamentalmente, como consecuencia del incremento en el volumen de las importaciones y del encarecimiento sustancial de las mismas.

Por su parte, el pago del servicio de la deuda externa (intereses más amortizaciones) que en 1973 representa el 12.1% del total de las exportaciones de bienes y servicios, pasa al 20.3% en 1975, incidiendo directamente en el desequilibrio de la balanza de pago.

- f) Elevado desempleo. Para 1977 se estimaba que el 8.7% de la población económicamente activa se hallaba desocupada, aparte del enorme subempleo existente como consecuencia del carácter estacional de la producción agrícola de exportación. En 1978, la tasa de desempleo supone el 14.5% de la PEA, disparándose en 1979 al alcanzar el 33.3% (según datos de la CEPAL) en plena crisis revolucionaria.
- g) Grandes tensiones inflacionarias. Las alzas registradas en los precios al consumidor en 1977, con una media anual del 11.4% (mientras que en 1976 ésta había representado el 2.8%), suponen una pérdida del poder adquisitivo en la medida que los sueldos y salarios tan sólo aumentaron un 8.1%. Según la CEPAL, se estima que el salario real promedio había experimentado un deterioro del 14% entre 1970 y 1975. En 1978, el alza media anual en los precios sería del 4.5%, mientras que para 1979 alcanzó un 48.1%.¹

¹ Los datos económicos del apartado 2.5 han sido extraídos de las siguientes fuentes:

- J. Solís Piura, "La Crisis del Capitalismo y la Salud en Nicaragua", Rev. CSUCA No. 21, Costa Rica, 1982.
- L. Lozano, De Sandino al Triunfo de la Revolución, edit. s. XXI, México 1985
- C. M. Vilas, Perfiles de la Revolución Sandinista, Ed. Casa de las Américas, La Habana, 1984.

El cuadro de generalizado malestar -representado por los anteriores problemas- que presenta la economía en estas fechas, repercute directamente en las condiciones de vida de la mayoría de la población, agudizándose una situación que históricamente se había venido caracterizando por la ausencia tanto de un desarrollo económico como de un desarrollo social, entendido éste como un proceso que mejora la calidad de vida del conjunto social.

3. CORRELACION SOCIAL Y ESTRUCTURAS DE DOMINACION

3.1 La Hegemonía Oligárquica

Al concluir la dominación española, la economía nicaragüense tenía como base la producción latifundista de base señorial y la agricultura cerealista. La primera predominaba en el Centro Occidente, en la forma de grandes haciendas ganaderas, y en la zona central, por medio de las plantaciones de añil, cacao y caña de azúcar.

El cultivo de granos básicos se extendía por toda la zona norte de Nicaragua (Matagalpa, Jinotega, Las Segovias...) dentro de unos patrones de agricultura de subsistencia basada en la pequeña propiedad, muy extendida y dispersa, y en las prácticas de la agricultura comunal indígena. También en el Pacífico se encuentra una producción de tipo cerealista que se destinaba al suministro de los núcleos urbanos. Asimismo, existía una escasa actividad comercial que se localizaba en lo que habían sido los dos polos mercantiles del país durante la colonia (León y Granada).

La gran propiedad latifundista de tipo señorial, dió origen a una oligarquía terrateniente, que basaba su poder precisamente en la hacienda, como símbolo de status y autoridad. El poder social que la hacienda confería a la aristocracia terrateniente, se ve reforzado con la toma del poder político por la oligarquía como clase, tras el periodo que abren los sucesivos intentos de potencias imperialista como Inglaterra y Estados Unidos de convertir a Nicaragua en una nueva colonia, y que cierra el triunfo alcanzado sobre dichas potencias. La dirección oligárquica de la guerra antiimperialista y su posterior victoria, crean las condiciones políticas para que se consolide como clase dominante, poniendo fin a la lucha por la hegemonía política, que una vez proclamada la Independencia, habían mantenido la oligarquía y la pequeña burguesía liberal de origen comercial.

Sin embargo, ya desde la época colonial se habían venido conformando dos fracciones al interior de la oligarquía nicaragüense; por un lado, aquella cuya base económica estaba constituida por la plantación añilera, con sede en Granada y, por otro, la basada en la hacienda ganadera-cerealista de tipo tradicional, ubicada en la ciudad de León. La diferenciación entre ambas fracciones se manifestaba, incluso, en que cada grupo tenía sus propios vínculos con el exterior.

Las luchas políticas mantenidas entre las dos fracciones de la clase dominante se solventarán en 1856 con el Pacto Oligárquico, que supone la alianza entre ambos grupos, alianza que cristaliza en la Constitución de 1858. En lo económico, dicho pacto implicó el reparto de los ingresos fiscales y de aduana, la supresión del monopolio comercial ejercido por Granada y la introducción de los subsidios estatales ("primas" o "adelantos") para los productores de ambos sectores. En el orden político, el Pacto institucionalizó la hegemonía de la fracción granadina, siendo ésta la encargada de organizar la estructura jurídico-política administrativa del Estado, según sus intereses de fracción hegemónica.

La oligarquía terrateniente inicia así una etapa de dominación política que durará alrededor de 30 años, en un país en el que la inmensa mayoría de la población estaba constituida por campesinos que fungían como pequeños productores individuales en una agricultura parcelaria de autoconsumo, o bien estaban vinculados a las grandes haciendas bajo formas de aparcería, colonato, mediería, etc., lo que les permitía el cultivo de un pedazo de tierra dentro del latifundio a cambio de su trabajo personal.

Las relaciones de producción predominantes en esa época en la sociedad nicaragüense definieron, pues, "dos clases sociales fundamentales: los terratenientes y los campesinos. Esta división (...) acentuó los rasgos característicos de la relación de dominio que expresó una tendencia marcada hacia una férrea dominación oli-

gárquica e indujo por consiguiente al ejercicio del poder por una élite reducida (...): dos grupos oligárquicos de pequeñas dimensiones integrados por una alianza política en hegemonía, con lo que afirmó que el orden político nacido de la alianza institucionalizó a su vez la hegemonía de una de las fracciones, en este caso, la de la fracción granadina que había salido revitalizada de la Guerra Nacional".¹

Durante esta época, la organización del Estado presenta las siguientes características:

- Su naturaleza oligárquica, al restringir la participación política tan sólo a la élite dominante. Mediante limitaciones para acceder a la ciudadanía y al ejercicio de cargos públicos (ser poseedor de bienes y capital) y el sufragio indirecto, se institucionaliza la subordinación política de otras clases.²
- El carácter débil, atrofiado y poco desarrollado del aparato de Estado, con una reducida burocracia y un mínimo sistema administrativo.
- La bipartición de algunos poderes del Estado entre las dos fracciones oligarcas de la clase dominante. Concretamente, el Poder Judicial contaba con dos secciones a fin de que cada oligarquía dirimiera sus propios conflictos.
- El Estado asumió una forma jurídico-política de corte republicano representativo con régimen bipartidista:

El Partido Legitimista, de corte conservador, expresión de la fracción granadina; y el Partido Democrático, liberal, representativo del grupo ganadero-cerealista de León.

1 Vázquez, J. Luis, "Luchas Políticas y Estado Oligárquico", en *Economía y Sociedad en la Construcción del Estado en Nicaragua*, Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP), San José, Costa Rica, 1983, pp. 144-145.

2 En 1871, tan sólo participaban en el proceso político 640 personas (electores), de una población de 230,000 habitantes.

Las funciones que cumplía el Estado oligárquico, como factor de cohesión de la formación social, eran dos:

1. Internamente, condensar las contradicciones de las fracciones oligárquicas, para así corresponder a los intereses comunes de la clase dominante. En este sentido, realizaba funciones básicas en la organización de la economía agroexportadora y de consumo local.
2. Externamente, representar conjuntamente a los dos grupos dominantes frente a los intereses extranjeros (Estados Unidos e Inglaterra).

Durante este período las reducidas estructuras de participación política existentes, impidieron que la confrontación entre las dos clases fundamentales se expresara a nivel de la lucha política organizada, manifestándose la lucha de clases en otros campos (insurrecciones campesinas que fueron violentamente reprimidas).

3.2 El Nacionalismo Burgués

La explotación comercial del café a gran escala en la década de 1880, se sustentará en un proceso de apropiación y expansión latifundista que supuso una redefinición de las relaciones de propiedad en el agro, mediante la expropiación y liquidación de los pequeños propietarios, colonos, aparceros, campesinos pobres; dando así lugar, en lo social, a la formación, por una parte, de un proletariado agrícola; y, por otra, al nacimiento de una burguesía agroexportadora, latifundista y fuertemente vinculada con el exterior.

Para finales de 1889, la alianza política fraguada en torno al Pacto Oligárquico comienza a entrar en crisis debido a:

1. El auge de la fracción ganadero-cerealista, como consecuencia de la apertura de nuevas vías de comercio internacional con el tráfico mercantil en la costa occidental; auge que supuso un enfrentamiento agudo con la fracción granadina.
2. La aparición y consolidación del nuevo grupo cafetalero, socialmente diferenciado de las fracciones oligárquicas tradicionales y que, políticamente, surge como una tercera fuerza entre las dos oligarquías expresándose a través de la fundación del Partido Liberal.

La crisis hegemónica destada se resolverá favorablemente a la nueva fracción - cafetalera que al someter a las fracciones oligárquicas, accede a la hegemonía política; abriéndose para Nicaragua el período de la Reforma Liberal que marca la Revolución de José Santos Zelaya en 1893.

El nuevo grupo en el poder, en la medida que representa "un papel modernizante capitalista dentro de la clase dominante, es posible conceptualizarlo como una - burguesía aunque, como Edelberto Torres-Rivas ha señalado, en lo político se exprese como un 'claro perfil oligárquico; y comparta la debilidad característica de las clases sociales en las formaciones capitalistas dependientes".¹

La nueva burguesía cafetalera, como grupo ligado al mercado externo, asume los planteamientos ideológicos liberales y reorganiza el Estado en función de sus intereses específicos como fracción (expansión y dinamización de la agricultura cafetalera, dentro de un sistema económico capitalista agrícola, favorecedor de la - acumulación de capital, con economía de mercado basada en un sistema de precios y libre circulación de las mercancías).

Las nuevas funciones del estado suponen una fuerte intervención en la econo-

¹ Vázquez, J. Luis, op. cit. p. 157

mía, configurándose su actuación como un elemento dinamizador para el desarrollo económico. En este sentido, el nuevo Estado promovió las siguientes medidas:

- Creación de la infraestructura requerida para la salida de la producción a los mercados externos.
- Organización del Sistema Monetario Nacional.
- Constitución del Sistema Financiero Nacional (Banco Nacional).
- Establecimiento del subsidio estatal a la producción cafetalera.
- Construcción de beneficios mecanizados para procesar el café de capital mixto.
- Incorporación de nuevas tierras y mano de obra adicional a la expansión del cultivo cafetalero.

La magnitud de la intervención económica del Estado supuso que el mismo adoptase una estructura centralizadora y fuerte, lo cual provocó un desajuste entre la estructura política vigente y la ideología liberal de la fracción hegemónica. Este desajuste entre la esfera política y la ideológica afectó a la estructura jurídico-política del Estado, manifestándose en la contradicción existente entre la Constitución que definió el marco jurídico-político del Estado nicaragüense y los contenidos concretos de la acción estatal.

Mientras en la nueva Constitución elaborada, de corte burgués y europeísta, se contenían los principios liberales (forma republicana, división de poderes, régimen presidencial, sufragio universal directo, libertades individuales, etc.), la aplicación de los mismos resultó impracticable. Por tal motivo, se promulgó una "Ley de Orden Público", que en la práctica se convirtió en la verdadera Constitución. Dicha Ley establecía el marco idóneo para un régimen dictatorial, al - -

conceder al Gobierno los poderes y facultades propias de los Poderes Legislativo y Judicial, al tiempo que suprimía las garantías constitucionales.

En esencia, la Ley de Orden Público supuso, dentro de la estructura estatal, "la forma de legitimación institucional del régimen dictatorial en relación a las fracciones no hegemónicas pertenecientes a la clase dominante, así como también en relación con las clases dominadas".¹ A través de esta Ley, la participación política se restringió a la fracción cafetalera, si bien un sector de la clase dominante (la fracción ganadero-cerealista) fue parcialmente cooptada mediante su integración al aparato burocrático del Estado. Asimismo, los nuevos grupos medios surgidos a raíz de la expansión de la renta cafetalera (artesanos, fundamentalmente) y los sectores burocráticos ligados a la ampliación del aparato de Estado, gozaron de una cierta participación política.

El proyecto político de la burguesía cafetalera, basado en la incorporación de la economía nicaragüense al mercado mundial y en la consolidación del Estado Nacional, supuso igualmente la extensión del ejercicio real del poder de la clase dominante sobre el litoral atlántico (hasta entonces en posesión de Inglaterra) dando lugar a la definitiva integración física del Estado Nacional.

Sin embargo, la realización del proyecto político-burgués provocó serios enfrentamientos y conflictos de la fracción cafetalera, tanto con los grupos no hegemónicos de la clase dominante como con la clase dominada (campesinos). En este sentido, la confrontación entre las clases fundamentales se agudizó como consecuencia de las medidas tomadas para incrementar la plusvalía extraída a la mano de obra, lo que provocó represión y violencia institucional.

Por otra parte, los intereses cafetaleros despojaron a los grupos no - - - -

¹ Vázquez, J. Luis, op. cit. p. 163

hegemónicos de la clase dominante de la mano de obra necesaria para la explotación de las haciendas ganaderas y las plantaciones marginales, lo que generó enfrentamientos con la fracción cafetalera en forma de sediciones, rebeliones y pronunciamientos fracasados. La respuesta cafetalera consistió en la confiscación de las propiedades de los oligarcas, la expatriación, la imposición de empréstitos forzosos y contribuciones, etc. Ante esta situación, el grupo ganadero-cerealista capituló pronto y fue incorporado como un aliado subordinado.

La orientación europeísta del gobierno liberal en sus relaciones comerciales, junto con su vocación nacionalista, en el sentido de mantener una política agresiva frente a los intereses extranjeros (USA) a fin de lograr las mejores condiciones posibles de negociación para la sociedad nacional en su conjunto, provocan la intervención norteamericana en 1909, que supondrá el retorno de la oligarquía tradicional al gobierno -concretamente la fracción plantadora granadina- como aliada y fiel defensora de los intereses imperialistas.

3.3 La Dominación Imperialista

El mantenimiento de la oligarquía tradicional en el poder será apoyado en la intervención militar y política que los Estados Unidos practican, ante la incapacidad de los conservadores de legitimar su dominación dentro de la formación social nicaragüense. Las fuerzas norteamericana que ocupan el país, se convertirán en la base social fundamental de la oligarquía, frente a las luchas políticas y militares que se desatan en Nicaragua tras el derrocamiento del régimen liberal burgúes, y que tienen como protagonistas principales a la burguesía agraria y pequeña burguesía urbana como defensores de la democracia liberal.

Durante todo el período de 1910 a 1933 (salvo el breve paréntesis de 1925-26) en el que Nicaragua está intervenida militarmente por las fuerzas imperialistas,

el Estado prácticamente queda supeditado a los intereses financieros, estratégico militares y políticos norteamericanos.

En la práctica, la dominación ejercida por los Estados Unidos durante el período de intervención se caracterizó por "los rasgos de una dominación colonial, aunque el modelo de su aplicación coincidiese con el de esa figura del derecho colonial europeo que después de la primera postguerra, llegó a difundirse con el nombre de protectorado político".¹

El nuevo régimen surgido a raíz de la intervención norteamericana representa una alianza entre la potencia imperialista y sus agentes locales de la oligarquía plantadora granadina. La nueva alianza en el poder reorientará la economía nicaragüense hacia el nuevo centro (a través del endeudamiento compulsivo del país), favoreciendo la penetración del capital extranjero.

En lo político, la intervención imperialista conllevó la disolución del Estado nacional. Por medio de la reorganización total del Estado, éste deviene en organizador de los intereses norteamericanos y, accesoriamente, de sus aliados locales. La dominación imperialista "anuló completamente el poder de la clase dominante nacional y el Estado vino a representar sobre todo, los intereses extranjeros (...). Las funciones de ejército, policía y parte de la administración pasaron a ser ejercidas por sus agentes directos entre 1912 y 1933 (...). La burguesía subordinada quedó relegada a funciones estrictamente políticas (legislativa, ejecutiva y judicial) para legitimar jurídicamente el ejercicio de un poder extranjero en el país".²

1 Barahona, Amaru, "Intervención Extranjera y Dictadura", en *Economía y Sociedad en la Construcción del Estado en Nicaragua*, ICAP, San José, Costa Rica, 1983, pp. 209-210

2 Vázquez, J. Luis, op. cit. p. 189

No obstante, el retorno de la oligarquía tradicional al poder se produjo después de haber perdido todas sus bases de sustentación económica e ideológica, manteniendo tan sólo el control de la sociedad política junto con el poder extranjero. El predominio de la burguesía cafetalera sobre importantes ramas de la sociedad civil (asociaciones de cafetaleros, asociaciones gremiales de artesanos y obreros, periódicos nacionales, cámaras de comercio, Partido Liberal, instituciones de enseñanza superior, academias literarias, etc.) generó una fuerte ideología antimperialista, provocando una crisis hegemónica que determinó, en última instancia, la utilización de la represión como único instrumento para mantener la dominación. La lucha de clases adquiere extremada violencia y se expresa a través de protestas populares, insurrecciones y tentativas armadas. De 1912 a 1924 se producen, al menos, diez intentonas armadas de sublevación contra las fuerzas intervencionistas y la oligarquía.

La reducida estructura de participación política existente (restringida al seno de la burguesía subordinada), excluirá a la principal fuerza en el orden económico y político, la burguesía cafetalera. La estrategia de ésta consistirá en utilizar a las clases dominadas como fuerza de choque a fin de negociar una alianza con la potencia imperialista que le permitiera su propia supervivencia política y económica, al mismo tiempo que sigue desarrollando la lucha política partidaria en torno al Partido Liberal.

Sin embargo, un grupo minoritario de la fracción cafetalera se infiltró en el Partido Oligárquico Conservador, consiguiendo los cafetaleros, a través de esta acción, una cierta participación política en el aparato de Estado entre 1923 y 1927. En este período, conocido como "El Gobierno de la Transacción", se comparte el poder entre la burguesía cafetalera y la oligarquía tradicional, si bien el proyecto era claramente inviable dados los intereses contradictorios de ambas fracciones.

El control del aparato de Estado era vital para los dos grupos en su afán de sobrevivir y asegurarse su reproducción como clase. El pacto, dada su inviabilidad, tendrá un carácter efímero al ser derrocada la fracción cafetalera por la propia oligarquía, retornando ambos grupos a la lucha política armada. La burguesía cafetalera recurrirá de nuevo a la utilización de las clases dominadas en su intento de negociar un pacto en mejores condiciones con el poder extranjero, desplazando del poder a la oligarquía granadina. Es precisamente dentro de este contexto, donde se inscribe la lucha popular antioligárquica y antimperialista comandada por Sandino.

Si aparentemente la Guerra Constitucionalista de 1926 semeja una pugna entre fracciones de la clase dominante, la participación en la misma de las clases dominadas le dotarán de un carácter de guerra de liberación nacional antioligárquica y antimperialista. De hecho, cuando en 1927, la burguesía cafetalera llega a un acuerdo directo con la potencia imperialista (Pacto del Espino Negro) por el cual retorna al poder y en el que se garantizan los intereses norteamericanos en Nicaragua -si bien con una leve disminución de la presión ejercida por el capital extranjero en la economía nacional-, las clases dominadas son excluidas del pacto e, imposibles de controlar por la clase dominante, ésta recurre de nuevo a las fuerzas militares extranjeras continuando las fracciones populares del Ejército Constitucionalista, dirigidas por A.C. Sandino, la guerra contra el imperialismo.

El movimiento de Sandino fue amplio y pluriclasista. En él se integraban campesinos (pequeños propietarios o colonos de los latifundios del norte del país), artesanos, obreros (especialmente obreros de las minas y plantaciones norteamericanas), algunos terratenientes medios y trabajadores intelectuales. Los obreros, numéricamente, representaban una minoría en comparación con la mayoría campesina que la integró.

Tras seis años de lucha, se logra la expulsión de las tropas norteamericanas de Nicaragua, pero "su convicción (Sandino) de que, una vez retirados los marines, no debía convertir la guerra antimperialista en una guerra de clases, reflejó, en el fondo, la inmadurez de la incipiente clase obrera de la época y el atraso de la visión del mundo de los campesinos y los artesanos".¹

3.4 Dictadura Militar e Insurgencia

La institucionalización de la dictadura militar encabezada por Anastasio Somoza García, a raíz del golpe de estado promovido por él mismo en calidad de jefe director de la Guardia Nacional en 1936, supondrá la nueva estructura de dominación del imperialismo norteamericano para la defensa de sus intereses económicos y geopolíticos en la región.

El ascenso de Somoza al poder, a pesar de la oposición de los dirigentes de los dos partidos políticos tradicionales, se vió favorecido por la crisis económica -existente que había debilitado a las dos fracciones de la clase dominante; así como por el hecho de que durante el período de intervención norteamericana ambas fracciones se habían acostumbrado a aceptar, sumisamente, las decisiones de un árbitro mayor: la burguesía imperialista norteamericana.

Ante esta situación de extrema debilidad de una clase dominante sin vocación de independencia, "es comprensible que Somoza, que controlaba el instrumento de coerción más importante de la sociedad -el ejército- y gozaba del apoyo norteamericano, se impusiera con suma facilidad en la lucha por el poder a los políticos tradicionales. La clase dominante en su conjunto, asustaba por el movimiento de Sandino y por el atrevimiento de la incipiente clase obrera de querer participar en la vida política, vió con gran simpatía el surgimiento de Somoza".²

¹ Barahona, A., op. cit. p. 218

² Barahona, A., op. cit. pp. 221-222.

El nuevo régimen se sustentará en tres pilares básicos:

- 1) El apoyo de los Estados Unidos
- 2) El control sobre el ejército y el aparato burocrático estatal
- 3) La alianza con un sector de la clase dominante, integrante en su mayoría de la antigua fracción liberal. Con él, Somoza García organizó un nuevo partido político, el Partido Liberal Somocista.

La dominación somocista se caracterizará, en última instancia por su naturaleza represiva, si bien el ejercicio de formas coercitivas y fuertes mecanismos de control social, se verá acompañado por formas parcialmente hegemónicas, que se expresarían, políticamente, en una alianza del somocismo con la burguesía, el imperialismo y sectores de las capas medias; ideológicamente, a través de un discurso que aparentaba representar los intereses de amplios sectores de la sociedad; y - que se materializaba en una variedad de instituciones y organizaciones que surgieron con el desarrollo del Estado.¹

El control por parte de Somoza del aparato estatal en su propio beneficio y como medio de control político y económico, da origen al surgimiento de una fracción somocista de la burguesía, cuyas principales fuentes de acumulación de riqueza fueron:

- Expropiación de propiedades (café y ganado) de alemanes residentes de Nicaragua, aprovechando la coyuntura de la Segunda Guerra Mundial.
- Comisiones obtenidas por el otorgamiento de concesiones a compañías norteamericanas para la explotación de los recursos naturales de la nación (oro, madera y caucho)

¹ En este sentido, ver Chamorro, Amalia, Algunos rasgos hegemónicos del somocismo y la Revolución Sandinista, Cuadernos de Pensamiento Propio, INIES-CRIES, Managua, Junio 1984.

- La organización de un sistema de importación de contrabando de bienes no indispensables (controlados por la legislación).
- Los impuestos "sucios" sobre actividades ilícitas (juegos de azar, prostitución y fabricación clandestina de alcohol).

La competencia ilegal desarrollada por Somoza junto con la separación del Estado de la vieja fracción conservadora de ganaderos y comerciantes importadores, provocan el enfrentamiento de ésta con el dictador, el cual decide iniciar una política reformista y populista, tratando de obtener el apoyo de la clase trabajadora organizada. En este sentido, se inicia una etapa de expansión de la sociedad civil, surgiendo sindicatos obreros, partidos políticos, ... Concretamente, se permite un relativo margen de actuación al Partido Socialista Nicaragüense - (fundado a principios de la década de 1940) y se promulga el Código de Trabajo (1945).

La fracción conservadora llegará a un entendimiento con Somoza, a través de ciertos pactos políticos ("pacto de los generales"), que permitirán la expansión de las bases materiales de las clases dominantes y el acceso de los conservadores a las instituciones del Estado, mediante el establecimiento de formas bipartidistas de representación política (Partido Liberal Somocista y Partido Conservador). A través de estos pactos, "el somocismo pudo mantener una fachada democrática y satisfacer el consenso de la burguesía y de ciertos sectores medios previniendo, por más de veinte años, la formación de una oposición política efectiva".¹

Paralelamente, Somoza desencadenó una violenta represión en contra del Partido Socialista Nicaragüense, desintegrando e ilegalizando la organización obrera.

1 Chamorro, A. op. cit. p. 9

A partir de 1950, el cultivo de algodón desplaza a la producción cafetalera como eje de la acumulación de la economía nicaragüense, transformando la fisonomía de las clases y grupos sociales.

Las antiguas fracciones de la vieja clase dominante desaparecen, integrándose en una nueva clase, cualitativamente diferente, de naturaleza capitalista, que da lugar a la burguesía nicaragüense, en cuya cúspide "se encontraba la gran burguesía, integrada por los grandes productores agropecuarios que vendían al mercado mundial (algodoneros, azucareros, cafetaleros, ganaderos, tabacaleros) y que, a su vez, controlaban la industria surgida en el contexto del mercomún, las redes del gran comercio, y las finanzas, vinculados en status de subordinación al capital norteamericano".¹

La característica de esta fracción de la burguesía era su presencia en todos los ámbitos de la economía, dada su capacidad de autoabastecimiento financiero.

Para finales de los cincuenta, la gran burguesía se hallaba integrada en dos grandes grupos financieros (aparte del grupo de los Somoza), que representaban los intereses de no más de una veintena de familias y sus respectivas interrelaciones:

1. El Grupo Banamérica (Banco de América), que responde a los intereses de los grupos ganaderos y comerciales de Oriente, y de los productores azucareros, y que se encontraba ligado a ciertas instituciones financieras norteamericanas, principalmente el Wells Fargo Bank y el First National Bank of Boston.
2. El grupo Banic (Banco Nicaragüense) como expresión de los intereses algodo

¹ Barahona, A., op. cit. p. 232.

neros y sectores industriales de Occidente y Managua, que se convertirían en el polo más poderoso del país. El grupo mantenía estrechas conexiones con los grandes centros de poder económico estadounidense: Chase Manhattan Bank, Morgan Guaranty Trust y Multibank & Trust Co.¹

Políticamente, ambos grupos se vincularían al Partido Conservador.

El grupo de los Somoza, forjado a la sombra del poder estatal, se había apoyado en el Banco Nacional y en otras instituciones financieras del Estado, llegando a crear en los años 70 su propio intermediario financiero (Banco de Centroamérica).

Otros efectos sociales derivados de la expansión algodonera fueron:

- El ensanchamiento relativo de las capas medias y dentro de éstas, la importancia que adquirió el sector de funcionarios y tecnócratas vinculados al aparato estatal y a las nuevas empresas industriales y financieras, respectivamente.
- La acentuación del proceso de proletarianización del campesino, si bien "al principio el carácter estacional del empleo determinó que ese proceso fuera más fuerte en términos de desposesión campesina que en términos de salarización permanente de los campesinos"² y, en consecuencia la preponderancia de los obreros agrícolas y de los semiproletarios entre los trabajadores del campo.
- El surgimiento de un reducido núcleo de trabajadores industriales.
- La emergencia de un gran contingente de subocupados, tanto en el campo como en la ciudad.

1 Wheelock, Jaime, Imperialismo y Dictadura, s. XXI, México, 1980

2 Vilas, C. op. cit. p. 80.

4.2 Organización de los Servicios de Salud: Génesis y Desarrollo Histórico

Hasta el derrocamiento de Somoza, la evolución de los servicios de salud en Nicaragua pueden periodizarse en tres etapas bien diferenciadas de acuerdo al desarrollo histórico, económico y político experimentado. Estas son:

1. La fase post-colonial, caracterizada en su dimensión económica por el paso de una economía generalizada de subsistencia al inicio del desarrollo capitalista de la mano del cultivo del café; y en lo político, por la conquista de la burguesía cafetalera del poder político que hasta entonces detenía la oligarquía terrateniente.

En esta etapa, el estado, tanto durante la dominación oligárquica como bajo la hegemonía burguesa, no se ocupa para nada de la atención a la salud, resolviéndose los problemas ocasionados por la enfermedad en la población a través de dos modalidades principales:

- La medicina privada que, actuando en el medio urbano, atendía a los terratenientes, comerciantes y burguesía cafetalera.
- La medicina tradicional, que se ocupaba de los campesinos en las zonas rurales y utilizaba como base de acción curativa una amplia farmacopea integrada por plantas, polvos y hierbas.

La caridad ejercida por ciertas órdenes religiosas reforzaba, en ocasiones la atención a la salud que proporcionaba la medicina popular.

2. Con el desarrollo del modelo agroexportador y la dominación imperialista, se abre de 1910 a 1945 aproximadamente, un período en que el Estado comienza a intervenir en ciertos aspectos sanitarios vinculados "con la realización del valor de la producción controladas por grupos económicos en el poder y deja sin modificaciones los aspectos relacionados a la asistencia médica".¹

¹ MINSA, Informe 1980, Managua, 1981., p. 8.

En este sentido, el Estado centra su atención en puertos y ciudades portuarias ante las exigencias imperialistas de sanear las zonas de embarque de los productos destinados a los países desarrollados, evitando así la posible exportación de plagas epidémicas o elementos patógenos.

Por otra parte, durante este período se introducen normas de asepsia y antisepsia, se crean las Juntas Locales de Beneficencia para la atención médica y social y se construyen los primeros hospitales.

Otros hechos que se produjeron durante esta etapa fueron:

- El auge de la medicina liberal¹; con el afianzamiento en la sociedad de sus consecuencias (poder médico y medicalización).
- La introducción de ciertos conceptos relacionados con la medicina preventiva a través de la Oficina para Coordinación de Relaciones Comerciales y Culturales entre las Repúblicas Americanas (dirigidas por N. Rockefeller).
- La creación del Laboratorio Nacional de Higiene y la Facultad de Medicina.

3. La consolidación del capitalismo dependiente y el período de dictadura somocista, marcan la tercera etapa en la que se va desarrollando el Sistema Nacional de Salud que se mantuvo hasta julio de 1979.

Durante esta época, el crecimiento económico experimentado por el cultivo algodónero y el incipiente proceso de industrialización auspiciado por la ALPRO (Alianza para el Progreso), determinan la intervención decidida del Estado en el área de la salud ante la necesidad objetiva de reproducir y

¹ De los 500 médicos existentes en la década de los 40, el 50% se concentraba en Managua y el resto en los cinco hospitales del país.

reparar la fuerza de trabajo especializada que requiere el capital industrial. Esta necesidad, junto con la cierta presión ejercida por los trabajadores, da lugar a la creación en 1957 del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social - - (INSS), que se consolida durante la década de los 60 como consecuencia del crecimiento industrial.

Los servicios ofrecidos por el INSS eran los típicos de un seguro social tradicional, si bien se orientaban a una minoría de la población, conformada fundamentalmente por la burocracia estatal y ciertos segmentos del sector privado en desarrollo.

El desarrollo de los servicios de salud en forma desordenada había tenido como consecuencia que, en 1979, el Sistema de Salud imperante se caracterizase - por la presencia de un conjunto institucional -en su mayoría ineficiente y corrupto- que duplicaba funciones en la prestación de servicios sanitarios y, sin embargo, no cubrían al total de la población.

Las instituciones que integraban el Sistema de Salud, se pueden agrupar en tres sectores:

1. El sector estatal, conformado por 23 instituciones diferentes que incluía:
 - a. El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS). Con las funciones propias de un seguro social, tan sólo cubría al 16% de la PEA y al 8.4% de la población total en 1978,¹ enfocándose principalmente al sector de servicios y, en particular, al estatal.

¹ MINSA, Informe 1980, op. cit. p. 13

Cuadro No. 5

ESTRUCTURA DE LA POBLACION ASEGURADA SEGUN ACTIVIDAD ECONOMICA
Y COMPARACION CON LA PEA POR ACTIVIDAD ECONOMICA

ACTIVIDAD ECONOMICA	% ASEGURADOS	% PEA (ESTIMADA)
Primaria	2.7	42.0
Secundaria	28.0	16.3
Terciaria	66.0	37.7
No precisa o inactiva	3.3	4.0
TOTAL:	100.0	100.0

Fuente: Radaelli, Sonia M^a. La extensión de cobertura de la atención primaria de salud en el somocismo y en el sandinismo, Mimeo, tesis de grado UAM-X; 1984, p. 172.

El análisis del cuadro anterior evidencia la desproporción existente entre el ejercicio de actividades productivas por parte de la población y su correspondiente cobertura por el seguro social. Mientras que la fuerza directamente productiva del país supone el 58.3% de la PEA, tan sólo está asegurada un 30.7% de la misma. Es decir, casi la mitad de los trabajadores agrícolas e industriales en su conjunto están al margen del seguro, siendo todavía más dramático para el sector primario que, englobando a prácticamente la mitad de la PEA del país, tan sólo es cubierto en un 2.7% por el INSS.

Parece evidente que, ante esto, el INSS cumplía una función política al dirigirse mayoritariamente a aquellos sectores de la población (funcionarios de la administración; empleados del sector terciario y trabajadores industriales relativamente especializados), para favorecer la base social

de la dictadura militar -asegurando el aparato de Estado- y a la burguesía financiera y empresarial.

Por otra parte, el INSS concentraba prácticamente sus servicios en la capital de la República y contribuyó, en gran medida, a la medicalización de la sociedad mediante el fomento del consumo de medicamentos como alternativa a la escasa práctica asistencial derivada de la burocracia e ineficiencia de la que, en teoría, debería ser la institución de más alta calidad en la atención médica.¹

- b. Un Ministerio de Salubridad Pública (MSP), que aparte de responsabilizarse de las acciones de tipo preventivo, tenía encomendada la atención médica de la población excluida por el INSS o con insuficientes recursos para acudir a la medicina privada. Según sus propios datos, afirmaba cubrir del 40% al 60% de la población, lo cual es muy dudoso si se tiene en cuenta que, por una parte, los servicios y recursos para la salud se concentraban en las zonas urbanas² y, por otra, en la mayoría de los casos la atención médica era insuficiente e ineficiente.³
- c. Las Juntas Locales de Asistencia Social (19 en total), autónomas entre sí y dedicadas a la prestación de asistencia médica y social a indigentes en base a la caridad. Tenían como responsabilidad la administración de los

1 MINSA, Informe 1980 op. cit. p. 13

2 El 72.6% de la población se concentraba en localidades menores de 20,000 habitantes; en las cuales existía un médico por cada 10,000 habitantes; mientras que en las ciudades de más de 100,000 habitantes, correspondían 14 médicos por cada 10,000

3 Keyser y Ulate "Educación, participación en Salud e Ideología: Nicaragua Pasado y Presente", Rev. CSUCA, N° 17, San José, 1980, p. 148-149
La OPS estimaba una cobertura por parte del MSP, del 10-40% de la población

hospitales locales, y apenas cubrían al 32% de la población dada su escasez de recursos.

- d. Una Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social, que actuaba como ente controlador y financiero de todos los hospitales del país y, a su vez, coordinaba los servicios médicos del INSS.
- e. Un Hospital Militar de la Guardia Nacional, del que no se tienen datos.

En 1972, se crearía el Consejo Nacional de Salud, integrado por representantes de las Juntas Locales de Asistencia Social, Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social y presidido por el Ministro de Salud, siéndole encomendadas las funciones de definir políticas y estrategias sanitarias; y, asimismo, planificar y coordinar los programas de salud de las diferentes instituciones.

2. El sector privado, integrado por los médicos que ejercían la medicina liberal, y que se vió favorecido por la desorganización, insuficiencia e ineficiencia del sector público. En 1974, el 35% de los 1355 médicos existentes se dedicaba exclusivamente al ejercicio de la medicina privada. El resto se hallaba vinculado de algún modo al sector estatal.¹

La práctica privada de la medicina, esencialmente curativa y mercantilista, se vió beneficiada igualmente por el uso que hacían de los hospitales públicos para atender a pacientes particulares.

3. Por último, el sector de la medicina tradicional, arraigado en las zonas rurales y constituido por curanderos, parteras empíricas, hechiceros, magos, etc.

Cabe resaltar la importancia de estos dos últimos sectores en la prestación de servicios asistenciales, ya que se estima que más del 50% de los enfermos acudían

¹ MINSA, Informe 1980, op. cit. p. 11

bien a la medicina privada, boticario o medicina tradicional.¹ Si bien la población nicaragüense que acudía al sector privado era menos del 5%.

4.3 Política Sanitaria: Una Estrategia Obligada

Las condiciones de vida y salud existentes bajo la dictadura presuponían serios desequilibrios y obstáculos para el desarrollo capitalista en Nicaragua y, además, se convertían en elementos que contribuían al aumento de la presión social.

Por ello, en el Plan de Reconstrucción y Desarrollo 1975-1979, se establecían como metas principales para el sector salud la extensión de cobertura de los servicios de salud y prevención de enfermedades, con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad; mejoramiento del medio rural a través de medidas de saneamiento y provisión de agua potable; realización de programas de asistencia materno-infantil y educación familiar.

Los fines de estas políticas respondían, en realidad, a tres objetivos:²

1. A corto plazo, mantener las condiciones de sobreexplotación existentes para la mayoría de la población rural y que significaban cambiar su vida por un ingreso insuficiente que ni siquiera alcanzaba para reproducirlo. Es decir, se trataba de la destrucción parcial de la fuerza de trabajo.
2. A mediano plazo, preparar la fuerza de trabajo de relevo mediante el cuidado de la salud de los futuros trabajadores. En este sentido, se implantaron programas de salud para la atención exclusiva de la niñez.
3. A largo plazo, control de la natalidad y planificación familiar para reducir el crecimiento vegetativo de la población, evitando así en el futuro posibles desequilibrios y desajustes.

1 MINSAs, Aportes para el Análisis Histórico de la Educación y la Participación Popular en Salud. Educación y Comunicación Popular en Salud. Nicaragua, 1980 p.21

2 J. Solís Piura, op. cit. pp. 52-53.

En otras palabras, la dictadura mantenía su propósito de perpetuarse como garante de las condiciones externas de reproducción de la fuerza de trabajo. En este sentido, se consideraba que "el gasto en que incurren las entidades públicas o privadas y las personas naturales para combatir las enfermedades y prevenir su aparición es sólo uno de los componentes del costo social de los daños; otros de gran significación son los siguientes:

- Incapacidad para el trabajo originada en la enfermedad o sus consecuencias
- Pérdida de la inversión en la formación material e intelectual de las personas, por la muerte en edades tempranas o en período de madurez".¹

Pero, además, dichas políticas pretendían una estrategia contrainsurgente y de control interno de la población; sobre todo, en aquellas regiones -centro y norte del país- donde la influencia del FSLN era mayor.

Se conciben desde esta perspectiva una serie de proyectos verticales, descoordinados entre sí, financiados por agencias internacionales y organismos multilaterales de crédito, que perseguían resolver los graves problemas de salud existentes - con el apoyo de la comunidad.

Programas comunitarios como el PRACS (Programa Rural de Acción Comunitaria en Salud), PLAN SAR (Plan Nacional de Saneamiento Básico Rural), PUMAR (Programa de Unidades Móviles para Areas Rurales) pretendían, en líneas generales, proporcionar atención médica y consulta preventiva; dotar servicios mínimos de saneamiento ambiental y capacitar a miembros de las comunidades para la ejecución de pequeños proyectos. Uno de los aspectos que pueden señalarse en la actuación de estos programas es lo que denominan medicina simplificada, definida como "el conjunto de -

¹ Ministerio de Salud Pública, Análisis Preliminar de la Situación de Salud en Nicaragua. Unidad de Análisis del Sector Salud, tomo V, Managua 1976, pp. 448-4550.

actividades en pro de la salud (normatizadas y supervisadas a un nivel superior), realizadas y desarrolladas por uno o varios individuos de diversos grados de capacitación, no facultativa, pero sí lo suficientemente aptos para suministrar los servicios de salud adecuados al nivel requerido por la demanda"¹, mediante la participación activa de la comunidad.

La participación es definida como un "proceso global en que la sociedad interviene en las decisiones que la afectan"; y la participación de la comunidad en los programas de salud, como "la participación activa con la toma de conciencia del problema, la organización espontánea, planificación y ejecución de las acciones por ella misma, con el sólo asesoramiento de parte del personal técnico de salud pública".²

El Comité de Salud se consideraba el medio idóneo para obtener la participación de la comunidad. Debía reunir a todos los habitantes y tenía que colaborar con el personal técnico en el desarrollo de los programas de salud a nivel local. Los objetivos señalados para dicho comité eran:

- . Servir de mecanismo de coordinación y vínculo entre los servicios de salud y la población.
- . Determinar con la población representada las necesidades reales en salud y promover soluciones al respecto con la participación comunitaria activa.

Los niveles de participación que se definieron fueron:

- . En cada municipio se organizaría un Comité de Salud (7 miembros)
- . Asamblea General
- . Comisiones de trabajo (para proyectos)

1 Ministerio de Salud Pública, XV Reunión Anual PUMAR, Dirección de Servicios de Atención Médica, Managua, D.N., Nicaragua, Dic. 1974 (No dispone de numeración de páginas).

2 Ibidem.

- Organización Regional: Comité Central de Salud, integrado por presidentes y tesoreros de cada comité local.¹

Esta participación revestía unas características singulares al dirigirse exclusivamente a la realización de ciertas acciones sin que se tuviera acceso por parte de la comunidad a otras áreas de la participación como la planificación, toma de decisiones, control y evaluación de los programas de salud. Por otra parte, el verticalismo de los programas mencionados suponía, de hecho, un rígido control de la población pues tanto los miembros de los comités de salud formados como los colaboradores rurales de salud (especie de promotores de salud) se escogían por las autoridades locales somocistas y personal de las instituciones de salud. Así, en el apartado de Detección y Formación de líderes de salud, del informe citado se establece que el promotor de salud debe detectar a los líderes informales de la comunidad para organizarlos, en las acciones de salud planificadas, previo adiestramiento. El líder tiene que ser respetuoso, humilde y sin egoísmo.²

Además, la educación en salud transmitida a la población por la acción de los educadores en salud -pilar fundamental de dichos programas- se convertía en el vehículo idóneo para reproducir la ideología del régimen, en particular, una concepción del proceso salud-enfermedad disociada de la realidad, escasamente crítica y muy esquemática.

El sustrato ideológico-conceptual de la definición de salud, es la referida por la O.M.S. No obstante, se limita aun más, al señalar que: "Para la medición del estado de salud, se define el término salud de manera más simple y restrictiva - (que la referida por la O.M.S.), como ausencia de enfermedad, utilizando indicadores de carácter negativo, que miden la pérdida de salud y sus consecuencias".³

1 Ibidem

2 Ibidem

3 Análisis... op. cit. tomo I p. 7

En el mismo informe se definen como factores condicionantes del estado de salud, los siguientes:

1. Agentes patógenos (físicos, químicos, biológicos)
2. Susceptibilidad
3. Medio ambiente (Fisiografía y clima, contaminación y otras formas de deterioro físico por la actividad humana, zoonosis)
4. Infraestructura de servicios
5. Factores condicionantes de carácter general¹

Como un ejemplo de esta concepción biologicista, individualista y ahistórica, en concordancia con la ideología dominante en el somocismo, se dice: "Las causas nutricionales que se destacan como responsables de las muertes ocurridas por la - ausencias de elementos vitales necesarios para el funcionamiento orgánico equilibrado, y cuyo problema por asociación se debe a la deficiente ingesta de alimentos."²

Sin embargo, bajo los objetivos explícitos, definidos en los programas comunitarios, de reducir el riesgo de enfermarse o morir y aumentar la expectativa de vida de los habitantes de las comunidades rurales y, en especial, del campesinado, se escondían unas intenciones implícitas que perseguían dos cosas: "La primera para dar el caretazo democrático y populista; conformando una barrera de seudodesarrollo social campesino que detuviera el avance y consolidación del FSLN y su arraigo en la población de la zona sujeta a su influencia; y el segundo consistió en que por medio de estos programas se tuvo una mayor penetración en la vida de la comunidad, lo que permitió conocer a sus líderes, a sus gentes, sus aspiraciones, sus

1 Análisis... tomo I p. 58

2 Ibidem, p. 61

intereses, sus debilidades, y a través de la cual se montó toda una red de espionaje y contrainsurgencia militar".¹

Para concluir, y a fin de comprender la obligada necesidad del régimen de instrumentar políticas de salud que tendiesen a legitimar su existencia en una situación de seria amenaza para su propia supervivencia, se exponen los problemas de salud que el mismo Ministerio de Salud Pública definía como prioritarios en 1976.

- Magnitud y transcendencia de las enfermedades transmisibles por contaminación del agua y los alimentos.
- Permanencia de las enfermedades prevenibles por vacunación entre las principales causas de morbilidad y mortalidad (sarampión, T.B., tétanos y tosferina).
- Elevado porcentaje de hiponutrición y desnutrición (más del 50% en menores de cinco años).
- Aumento brusco de la endemia palúdica en los dos últimos años y características epidémicas de su incidencia en ciertas zonas (Managua).
- Estructura poblacional muy joven, con muy rápido crecimiento.
- Muy baja cobertura de los servicios de salud, especialmente en las áreas rurales, donde habita más del 50% de la población del país.

El programa de control de embarazo tiene una cobertura del 16% en las áreas rurales. En las regiones Interior Norte y Atlántico el porcentaje oscila entre 3 y el 6%. La cobertura del programa de atención infantil en áreas rurales no alcanza el 10%.

1 J. Solís Piura, op. cit. p. 53

- Infraestructura sanitaria prácticamente inexistente en áreas rurales y con cobertura deficiente en cantidad y calidad en las áreas urbanas.
- Progresivo deterioro del habitat del nicaragüense por la contaminación del agua y del aire y los efectos de la erosión eólica por la tala de bosques.
- Inexistencia de un sistema de información en el sector salud, para la alimentación de la planificación y la evaluación de los programas.
Se señala que por primera vez, se obtuvieron datos a nivel nacional de morbilidad hospitalaria.
- Acentuado sub-registro de los hechos vitales, y pésima transmisión de información.
- Sistema inadecuado de suministros que dificulta y en ocasiones interrumpe totalmente la ejecución de programas (ej. inmunizaciones).
- Insuficiencia de recursos humanos adiestrados para la ejecución de los programas. La situación es particularmente crítica en lo referente a personal profesional y subprofesional de enfermería, laboratorio y estadística.
- Ineficacia del programa de inmunizaciones. La revisión de expedientes mostró que de 1275 niños controlados, solamente 60 recibieron primera dosis de BCG, 468 de DPT, 438 de Polio y 62 de Sarampión.
El 29% de los vacunados con DPT recibieron segunda dosis, y el 31% de los vacunados recibieron tercera dosis.
- Omisión de actividades que son componentes importantes de los programas.
Por ej. pudo comprobarse en la muestra de expedientes que:
 - . El grado nutricional se comprobó sólo en el 33% de los niños atendidos.
 - . Se practicó coproparasitoscopia en el 6% de los niños.

- . Se omitió la anotación de antecedentes obstétricos en el 30% de las gestantes.
- . De los exámenes programados como de rutina en las gestantes se practicó:
 - Orina, 42% de las atendidas
 - VDRL, 37% de las atendidas
- Dotación insuficiente de materiales y equipo en las unidades ejecutoras de programas de salud.
- Subutilización de la capacidad instalada. Índice ocupacional por debajo del 80% en la mayoría de los hospitales.
Horarios limitados de atención en servicios ambulatorios.
- Las leyes que sustentan la estructura del sector público de salud adolecen de ambigüedades, antinomias y omisiones que originan conflictos de autoridad y dilución de responsabilidades.
- Hay excesiva centralización de autoridad y los niveles locales no participan, por regla general, en la elaboración de los programas que les conciernen.
- En la administración de personal se observa la ausencia de manuales de descripción de puestos, requisitos para ocupar los cargos, sistemas eficientes de selección y promoción y falta de uniformidad de remuneraciones y beneficios.
- No hay comunicación adecuada. Por ejemplo, en la encuesta efectuada en unidades ejecutoras de los programas de salud se puede comprobar que el 72% de las unidades incluidas en la encuesta no conocían las normas escritas dictadas por las instituciones en programas de educación en salud.

- No se han creado mecanismos eficientes de coordinación entre las instituciones del sector.
- No hay coordinación con los demás subsectores del sector social, salvo muy eventualmente.
- La estructura de los presupuestos y su manejo no permite su utilización como instrumento de ejecución de programas y análisis del gasto.¹

4.4 Indicadores del Malestar

Si bien en materia de salud la información estadística disponible acerca del período somocista no goza de excesiva confiabilidad² debido a:

- . La mínima importancia que para la dictadura tenía la salud del pueblo y, por consiguiente la producción de las estadísticas necesarias para la planificación y evaluación.
- . Consecuencia de lo anterior, escasez de recursos humanos y materiales para la producción de estadísticas.
- . Falta de uniformidad en las definiciones y procedimientos de captación de los datos, manipulación y falseamiento de datos con propósitos demagógicos.³

1 Análisis... op. cit. Tomo V p. 517-518

2 Se estima un sub-registro del 60%, siendo en las zonas rurales mucho más intenso que en las urbanas.

3 MINSA, Población, Recursos, Actividades. Boletín Estadístico N° 3, Managua, 1981, p. 1-2.

Existe un cierto consenso entre diversas fuentes¹ para poder presentar determinados indicadores que reflejan la lamentable situación de salud en que se encontraba el pueblo nicaragüense:

MORBI-MORTALIDAD

- Esperanza de vida al nacer²
 - Hombres: 54 años
 - Mujeres: 57 años (1977)
- Tasa de mortalidad general: 16.41 por 1.000 (1975)
- Tasa de mortalidad infantil: 121 por 1.000 nacidos vivos registrados (1970-1975)³
- Principales causas de mortalidad: enteritis y otras enfermedades diarreicas (representaba el 17% del total de las defunciones)
- Tasa de mortalidad materna (1970): 137 por 100.000⁴
- Tasa de mortalidad hospitalaria: 4%
- El 47% de las defunciones se daban en menores de 15 años
- Desnutrición en menores de cinco años: 68%⁵

1 Información recogida en base a las siguientes fuentes:

- Lea Guido, "La Salud en Nicaragua", Rev. CSUCA N° 21, Costa Rica, 1982
- J. Solís Piura, op. cit.
- MINSA, Informe Sobre el Estado de Salud en Nicaragua, 1974-1977, Managua, 1978.
- J. M. Donahue, "Nicaragua: participación de la comunidad organizada en programas de salud antes y después de la revolución de 1979", Rev. CSUCA, N° 23, Costa Rica, 1982
- OPS/DMS Proyecto de Mejoramiento de los Servicios Rurales de Salud, Nicaragua, 1977.
- Edgar Macías Gómez, "Algunas Consideraciones sobre la Seguridad Social en Nicaragua", Rev. CSUCA N° 12, Costa Rica, 1979.
- Juan Ignacio Gutiérrez "Panorama de Salud en Nicaragua al Triunfo de la Revolución, Rev." CSUCA N° 15, Costa Rica, 1980.

2 En otras fuentes aparece como 51.2 (CELADE) y 45 años (OPS)

3 Para 1979, según OPS/DMS, la cifra estimada era de 149 por mil (la mayor de todo el Continente).

4 En las zonas rurales llegaba a ser de 280 por 100.000 en 1976 (USAID)

5 Llegaba a más del 80% en el medio rural.

RECURSOS (1977)

- Humanos:
 - 5.2 médicos por 10.000 habitantes
 - 2.4 odontólogos por 10.000 habitantes
 - 2.0 enfermeras por 10.000 habitantes
- Materiales: 2.2 camas por mil habitantes

COBERTURA

- De todas las instituciones: 30% de la población
- Consultas: 0.8 por habitante/año

4.5 Perfil Epidemiológico

Para finalizar, se presentan las diez principales causas de muerte (Cuadro N°6) del que se puede inferir la magnitud de la ínfima calidad en la atención médica, sustentada por los diagnósticos clínicos mal definidos que representan la primera causa.

Las enteritis y otras enfermedades diarreicas al igual que las enfermedades - transmisibles y prevenibles por vacunación indican un perfil patológico propio de un país subdesarrollado y dependiente reflejo de las condiciones de vida y trabajo del pueblo nicaragüense.

Llama la atención la gran cantidad de muertes por causas violentas, entre ellas, por homicidio y operaciones de guerra, consecuencia de la gran opresión y represión a que Nicaragua estaba sometida; siendo que un perfil epidemiológico con fuerte componente de enfermedades o muertes por violencia es más propio en un país desarrollado y Nicaragua sólo estaba a las puertas de una incipiente industrialización.

C U A D R O No. 6

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE* CON TASA BRUTA POR
100,000 HABITANTES NICARAGUA 1977

CAUSA DE DEFUNCION	TASA BRUTA
Todas las causas	540.3
1a. Síntomas y estados morbosos mal definidos (780,796)	145.6
2a. Enteritis y otras enfermedades diarreicas (008,009)	73.6
3a. Otras formas de enfermedades del corazón (420-429)	50.1
4a. Homicidio, intervención legal y operaciones de guerra (E960,E978,E990,E999)	30.0
5a. Los demás accidentes (E800-E807, E825-E949)	23.3
6a. Otras enfermedades del resto del aparato digestivo (520-577)	19.4
7a. Neumonía (480-486)	19.1
8a. Enfermedades cerebrovasculares (430-438)	19.1
9a. Tumores Malignos (140-209)	17.1
10a. Accidentes de vehículos de motor (E810-E823)	17.0

* De acuerdo a la Octava Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades

Fuente: OPS/OMS, las condiciones de salud en las Américas 1977-1980, Publicación Científica No. 427, Washington, D.C., EUA, 1982

Durante este período, la dominación en el área rural fue garantizada, fundamentalmente, a través de las instituciones de la sociedad política, dado el escaso desarrollo de la sociedad civil en el campo (tan sólo el discurso religioso de la Iglesia Católica como mediación ideológica y ciertas instituciones mediadoras entre el Estado y las clases dominadas que compelián ideológicamente a la población, como por ejemplo, los jueces de mesta).

En las zonas urbanas, el mayor desarrollo de la sociedad civil procuraba formas diferentes de articular las clases populares en el campo de la ideología somocista. En este sentido, el desarrollo del aparato burocrático del Estado favoreció la consolidación del consenso somocista en amplios grupos de sectores medios (funcionarios de la administración) y con la clase trabajadora urbana, se obtuvo un relativo consenso popular mediante ciertas acciones como el acceso a más empleo, política salarial y leyes laborales (Seguro Social, Ministerio de Trabajo, asociación sindical...).

La ejecución de Somoza García en 1956, interrumpiría los intentos por construir una hegemonía, dando paso a la segunda generación del régimen que, inicialmente, se caracteriza por el ejercicio de la represión.

No será hasta los 60, cuando el somocismo pueda realizar formas sustanciales de dominación hegemónica. En contra del criterio de ciertos autores¹, las condiciones existentes (nueva fracción de la burguesía dentro del Estado, con una base económica independiente consolidada a través del algodón; el crecimiento y dominio del sector financiero; la creación del MCCA y la presión hacia posiciones liberales ejercidas por los Estados Unidos mediante la ALPRO) cuestionan la natu-

¹ Como es el caso de Amaru, Barahona que mantiene, en su obra citada, que durante esta época existe un escaso desarrollo de los mecanismos de dominación política consensual.

leza represiva de la dominación, "descansando la dominación somocista más en elementos 'democráticos' que en el aparato represivo y la Guardia Nacional, dando así una fachada menos dictatorial al Estado."¹

De esta manera, durante la década de los 60 se producen nuevos intentos hegemónicos de dominación. Los más sobresalientes fueron:

- La promulgación de la Ley de Reforma Agraria, junto con la creación de instituciones y programas de desarrollo y bienestar campesino, asistencia técnica, financiamiento, etc., en un intento de constituir formas hegemónicas de dominación para extender la sociedad civil en las áreas rurales.
- El desarrollo aparente de la democracia, con las reformas hechas a la constitución que, entre otras, estableció la no reelección.
- Masiva penetración de formas culturales en relación a la música, cine, revistas, deportes con clara inspiración norteamericana, particularmente entre las clases medias.

La expansión de las nuevas formas hegemónicas de dominación en las zonas urbanas y rurales fueron evidentes en ciertas áreas de la sociedad civil. Así, por ejemplo, de 18 sindicatos existentes en 1958, se llegaría a finales de los 60 a más de 250, incluyendo a varios en la línea anticomunista de Somoza. En las clases medias aparecieron numerosas asociaciones político-profesionales vinculadas al Partido Liberal. En el campo educativo, se realizó una campaña masiva de educación que penetró con cierto éxito en las zonas rurales.

Sin embargo, la construcción de la hegemonía somocista sólo tuvo un efecto parcial en su contenido, "dadas las limitaciones estructurales del Estado, que impedían el establecimiento de una hegemonía integral.

¹ Chamorro, A., op. cit. p. 10

Por ejemplo, la frágil naturaleza de dominación somocista no proporcionó condiciones para el establecimiento de una alianza hegemónica con la burguesía basada en el consenso activo. De hecho, todo el sistema de dominación se caracterizó por su naturaleza corporativista y por elementos pasivos como la protección y corrupción que impedían a la burguesía ir más allá de sus demandas económicas corporativas"¹.

Con la crisis del mercado común centroamericano, se produce el repliegue de las formas hegemónicas somocistas y, en su lugar, se recurre a la represión y a la supresión de las formas más abiertas de oposición. De hecho, la etapa que corresponde al último de los Somoza (Anastasio Somoza Debayle), se caracterizará "por la tendencia del Estado de descansar cada vez más en la sociedad política y menos en la sociedad civil, al basarse cada vez menos en formas hegemónicas de dominación"², lo que supone el comienzo de una crisis de las formas tradicionales de representación, que habían sido expresadas en 1971 a través del último pacto político entre conservadores y liberales, por el cual los conservadores participaban en los órganos de gobierno y se convertían en colaboracionistas, despojándose de toda postura de oposición, lo que conllevó una pérdida de credibilidad del Partido Conservador no sólo entre sectores medios y populares que lo habían apoyado, sino entre los propios sectores burgueses que empezaron a buscar nuevas formas de representación política.

La crisis orgánica del somocismo se producirá, pues, en los 70. Los grupos y sectores vinculados al mismo (burguesía, clases medias, sindicatos, iglesia) comienzan a oponerse al proyecto hegemónico somocista. De ser el área donde se reproducía y se organizaba el apoyo al régimen, la sociedad civil se convierte en un

1 Ibidem, pp. 11-12

2 Ibidem, p. 12

área de oposición y crítica, dando lugar a la ruptura de las bases de su alianza dominante y sus relaciones con los sectores dominados.

A raíz del terremoto de 1972, se agudizan las contradicciones sociales y políticas, sobre todo, a nivel de las clases dominantes al encontrarse en plena crisis en sus formas tradicionales de representación y dominación. La concentración en manos de Somoza de todo el poder político y militar, y su invasión en las áreas económicas de sus aliados junto con la negativa a compartir el usufructo de la ayuda internacional recibida con motivo del terremoto, supone el rompimiento de las reglas del juego establecidas por la alianza dominante en los años 50.

Ante la falta de formas efectivas de representación, la única posibilidad de la burguesía para establecer su hegemonía será a través de proyectos contra-hegemónicos alternativos, en los que se conjugarían la lucha electoral con formas de resistencia civil. En esta línea, se forma a finales de 1974, la Unión Democrática de Liberación (UDEL), expresión del proyecto burgués, como un frente político de ciertos grupos burgueses, así como de sectores de la clase media y populares (incluyendo el PSN). Como proyecto burgués y reformista pretendía configurarse como una alternativa a la alianza dominante, pero sin estar subordinado a las fuerzas populares.

En términos de lucha ideológica, la estrategia de UDEL fue exitosa en la medida que disminuyó la base social del bloque en el poder, al incorporar sectores burgueses y de la clase media anteriormente vinculados al somocismo.

Dentro del espacio creado en la lucha contra-hegemónica, las fuerzas revolucionarias sandinistas reanudaron sus actividades militares. El FSLN se había fundado en 1961, recogiendo la ideología antiimperialista y la estrategia militar de Sandino, e incorporando nuevos elementos ideológicos socialistas, dando lugar a un - -

"un movimiento que sostenía la transformación socialista como alternativa para la sociedad nicaragüense, pero basada en la experiencia histórica concreta de la lucha de Sandino en Nicaragua".¹

De una estrategia inicialmente "foguista" (lucha en las montañas, aislamiento del conjunto de la sociedad) en sus primeros años de lucha, el FSLN, tras sufrir varias derrotas militares en los 60 (Río Coco, Bocay, Pancasán), decide incorporar otras formas de lucha que implicaran la participación activa de los sectores populares a fin de complementar la estrategia guerrillera.

Dentro de esta estrategia (acumulación de fuerzas militares, políticas y orgánicas), el FSLN empezó a consolidar el trabajo de organización de masas, reorientando la ideología popular hacia una transición revolucionaria a fin de demostrar que no sólo existía la alternativa política burguesa reformista al somocismo.

Ante las nuevas formas de lucha contra-hegemónica, Somoza aumenta la represión (la Guardia Nacional pasará de 7,000 a 13,000 miembros en los años 1977-78), especialmente, cuando fueron incrementándose las formas de lucha de las organizaciones de masas, las cuales asumieron prácticas insurreccionales sobre todo, después de los asaltos militares sandinistas en octubre de 1977.

En julio del 78, se crea el Frente Amplio Opositor (FAO). Como último intento hegemónico de la burguesía opositora, en el que estaban representadas las fuerzas burguesas junto con otros partidos representantes de las diversas clases sociales. Se integraba en el mismo el llamado "Grupo de los Doce" formado por profesionales, industriales y religiosos que habían regresado de su exilio en Costa Rica y que propugnaban su alianza con las fuerzas revolucionarias en defensa del proyecto sandinista como única salida a la crisis que vivía el país.

¹ Ibidem p. 17

El auge del movimiento popular junto con la grave crisis económica existente¹ produjeron fisuras en la estrategia reformista del FAO y UDEL. Ante la estrategia reformista para lograr una solución política transaccional (conocida como el "Somocismo sin Somoza"), el Grupo de los Doce se retira del FAO y arrastra consigo a partidos representativos de las clases medias y asociaciones sindicales, para integrarse al Movimiento Pueblo Unido (MPU), el cual aglutinaba a 22 organizaciones de masas que apoyaban el proyecto sandinista de insurrección popular y transformación revolucionaria. A raíz de ello, el FAO se desintegró, subsistiendo pequeños grupos burgueses.

Cabe resaltar el papel del "Grupo de los Doce" como sector de intelectuales orgánicos del FSLN en la tarea de lograr el apoyo de ciertos grupos sociales, particularmente de la burguesía opositora.

La iniciativa militar del FSLN inspiró formas más radicales de lucha en el movimiento popular. En ocasiones, tal como sucedió en Manimbó en el 78, aunque las masas se adelantaran al FSLN, había sido éste el inspirador del espíritu insurreccional. De esta manera, el FSLN trazó una estrategia insurreccional organizada para poder lanzar una ofensiva final contra Somoza.

Políticamente, el surgimiento en enero de 1979 del Frente Patriótico Nacional (FPN), que incluía el MPU y al Grupo de los Doce, como alianza alternativa revolucionaria, es expresión de la dirección sandinista dentro del movimiento anti-somocista. El apoyo popular y de las clases medias, así como la colaboración de los gremios burgueses en el proyecto revolucionario, restan apoyo al proyecto reformista burgués desapareciendo prácticamente como alternativa hegemónica.

1 Dada la situación de guerra civil que vivía el país en estos momentos, las raíces de esta crisis económica fueron fundamentalmente de orden político. Es decir, la crisis política revolucionaria que dió lugar al derrocamiento de la dictadura activó una crisis económica. Ver Carlos M., Vilas; Perfiles de la Revolución Sandinista, Edit. Casa de las Américas, La Habana, 1984 pp. 137-153.

El lapso de tiempo en que FSLN estuvo dividido en tres tendencias (proletaria, guerra popular prolongada y tercerista o insurreccional), como polarización de posiciones estratégicas, permitió a la organización una "división revolucionaria del trabajo" (como ha sido señalado por algunos dirigentes sandinistas) entre los diferentes sectores de la sociedad para establecer las condiciones de la hegemonía

Cuando la fase insurreccional se generalizó tras el asalto al Palacio Nacional en agosto de 1978, se evidenció claramente la crisis del somocismo y la supeditación del proyecto burgués a la hegemonía sandinista.

El carácter pluralista del proyecto sandinista (redistribución de recursos, economía mixta, reconstrucción nacional, justicia social y democracia participativa) "garantizaba a los sectores burgueses y de clase media la posibilidad concreta de participar en el bloque de poder alternativo"¹, dentro de un proyecto que representaba los intereses de los sectores populares y en el cual se articulaban los intereses de otros grupos de la sociedad.

El amplio respaldo obtenido por el FSLN a través de sus prácticas política, militares, ideológicas e insurreccionales con la participación activa de amplios sectores de clases tuvo una manifestación evidente: en toda la guerra, más de cincuenta mil personas dieron su vida a cambio de la alternativa revolucionaria.

Como resumen de este último período analizado, se presenta a continuación una periodización del desarrollo de la formación social nicaragüense en el Somocismo.²

1 Chamorro, A. op. cit. p. 20

2 Ibidem, pp. 26-30

PERIODIZACION DEL DESARROLLO DE LA FORMACION SOCIAL NICARAGUENSE

PERIODO	SOCIEDAD CIVIL (Consenso)		SOCIEDAD POLITICA (Fuerza)	ECONOMIA
	URBANO	RURAL		
1933-1950	(1933-41)		DOMINA	
	Iglesia: Ideología tradicional. Clientelismo: Sistema de control directo. Bipartidismo: Part. Conservador/Liberal. Campaña electoral. Intentos de captación Somocista a movimiento laboral a través de mov. facista 'Camisas Azules'		Asesinato de Sandino y masacre de campesinos. Establecimiento del Estado Somocista a través de la fuerza e institucionalización de la Guardia Nacional y Partido Liberal.	Continuación del modelo Agro-exportador: Café. Acumulación Primitiva. Bajo nivel de las fuerzas productivas y en las actividades del Estado. Negocios ilícitos.
	(1941-45)		DOMINA	
	Primeros intentos de formas hegemónicas Somocistas. Iglesia/Clientelismo Código del Trabajo. Constitución de sindicatos (13/total) y Organizaciones Políticas: Partido Comunista, Partido Liberal Disidente. Antifacismo. Agitación Política.		La Sociedad Política se retrae del escenario político.	Bonanza económica debido a precios altos de productos de exportación, a economía de guerra de E.E.U.U. Expropiación de tierras alemanas. Se desarrollan intereses personales de Somoza en áreas de café y ganado. Contrabando, corrupción.
1950-1967	(1945-50)		DOMINA	
	Campaña electoral Pacto con Conservadores Surgimiento de Alianza Dominante. Ideología anti-comunista. Agitación/Movilizaciones.	Iglesia. Clientelismo. Confrontaciones armadas (veteranos Sandinistas.)	Ruptura en intentos de formas hegemónicas. Intervención directa en el Movimiento Estudiantil, Sindical y Part. Comunista. Expropiación de tierras campesinas/Proletarización.	Reorganización y preparación de condiciones para la expansión del modelo Agro-exportador a través del cultivo del algodón.
	Período general en que el apoyo al régimen es organizado a través de la sociedad civil.			Expansión del algodón. Desarrollo de fuerzas productivas y relaciones capitalistas de producción, Urbanización

<p style="text-align: center;">DOMINA —</p> <p>Pacto con Conservadores Crecimiento de sindicatos, (18/total) Urbanización/Modernización. Aparición de una "clase burocrática". Introducción de un sistema moderno de Comunicaciones (red telev., radios, carreteras, etc)</p>	<p>Despojo de tierra y represión en el campo, Represión selectiva. Captación,</p>	<p>Surgimiento del Bloque Financiero (Iltin, Banamerica) con fuerte apoyo del capital norteamericano.</p>
<p>(1956-59)</p>	<p style="text-align: center;">DOMINA</p>	
<p style="text-align: center;">PERIODO DE EXCEPCION/AJUSTICIAMIENTO DE SOMOZA GARCIA</p> <p>Inestabilidad Social. Enfrentamiento armado incluyendo fuerzas Conservadoras.</p>	<p>La Sociedad Política garantiza las condiciones para la transición del poder. Represión directa a sectores populares, clases medias y Partido Conservador.</p>	
<p>(1960-63)</p>	<p style="text-align: center;">DOMINA</p>	
<p>La sociedad Civil se vuelve a imponer y garantiza la consolidación de la Alianza Dominante. Desarrollismo/Alianza para el Progreso. Nuevo discurso Anti-Comunista 'nacionalista'. Democratización del Estado. Cambio en la Constitución. No reelección/libertad de expresión, expansión de medios masivos, de educación, de formas culturales imperialistas. Crecimiento de sindicatos (259/total) y organizaciones profesionales muchas de orientación somocista. Expansión del movimiento estudiantil, y surgimiento del FSLN.</p> <p>La Sociedad Civil empieza a tener efectividad en el Campo, por primera vez, a través de Reforma Agraria, programas de desarrollo social, Iglesia como organizadora social. Surgimiento de Comites Sociales, Discurso Anti/Comunista/Anti-Insurreccional.</p>	<p>Modernización y "nacionalización" de Sociedad Política a través de Proyecto Regional Condeca, el cual se usa sólo externamente.</p> <p>Represión esporádica y selectiva a líderes estudiantiles y sindicales.</p> <p>Tendencia a descansar menos en la Guardia Nacional y más en elementos 'democráticos', particularmente a nivel urbano.</p>	<p>Fase de Agro-Industrialización. Proyecto de Alianza Para El Progreso, Mercado Común Centroamericano, proyecto de integración económica regional. Incremento significativo de los gastos (generales) del Estado. Estado; principal agente impulsor de desarrollo Capitalista agro-industrial.</p> <p>Expansión de las bases económicas de todos los sectores burgueses y mayoría de clases medias (empresas industriales, proyectos de urbanización, compañías de seguros etc.)</p>

	(1963-67)	DOMINA		
	<p>Sociedad Civil alcanza su límite, con el Ejecutivo en manos de un no miembro de la familia Somoza —René Schick—. El Somocismo representa los intereses generales de la burguesía y ciertos sectores medios y articula a su proyecto ciertos intereses de sectores populares no sólo en las ciudades sino también en el campo.</p>			<p>Respeto por parte del capital Somocista a las "reglas del juego" con burguesía no-Somocista.</p> <p>Epoca de 'oro' del algodón y reactivación del sistema en general a través de la producción de carne y azúcar.</p>
1967-1972			DOMINA	
	<p>Crisis de formas tradicionales de representación (división entre partido Conservador y liberales disidentes). Nuevo Pacto (colaboracionista con conservadores). Agitación de oposición (Conservadores, estudiantes, sindicatos). Rompimiento de pacto de Iglesia/Somoza. Inestabilidad Social.</p>	<p>Actividad guerrillera en zonas rurales. Surgimiento de formas de organización campesina.</p>	<p>Masacre de 400 personas en manifestación/Managua. Surgimiento organización paramilitar 'AMROCS' Represión continua (selectiva) de movimiento estudiantil y sindical.</p>	<p>Límites y contradicciones del modelo Agro-Industrial. Crisis del Mercado Común, caída general de las inversiones, desplazamiento de industrias locales por transnacionales, concentración de ingresos, inflación, desempleo, endeudamiento etc. Caída de precios de productos de agro-exportación.</p>
	(1972)	TERREMOTO		
	<p>(12,000 muertos) (50,000 heridos) (420,000 sin viviendas)</p>		<p>Monopolización del poder político/militar por Somoza (III). Actitud anárquica de G.N. y presencia de soldados norteamericanos.</p>	<p>Ruptura de la economía urbana. Agudización de los problemas sociales.</p>
1972-1979		RUPTURA HEGEMONICA	DOMINA	
	<p>*Por primera vez la Sociedad Civil no refuerza las estructuras de dominación. Llega a ser mas bien una base de oposición al régimen.</p>		<p>Surge tendencia control/represión de la Sociedad Política en la Sociedad Civil.</p>	<p>Fase de "especulación financiera" y surgimiento de "boom" falso. Monopolización económica de Somocistas y quiebre en las 'reglas del juego' con burguesía no-somocista.</p>

<p>(1972-1974)</p> <p>Huelgas sindicales, estudiantiles y de los trabajadores de la salud. Proyecto Político Alternativo Reformista de UDEL.</p> <p>Actividad guerrillera del FSLN.</p>	<p>Niveles altos de corrupción de la Guardia Nacional.</p>	<p>Altos niveles de corrupción administrativa, por élite burocrática. Sequía (2 años) y baja de la producción en el campo.</p>
<p>(1974-77)</p> <p>Re-elección forzada de Somoza (III). Crecimiento resistencia urbana y movimiento reformista. Actividad política de Iglesia radical. 'División revolucionaria del trabajo' del FSLN: GPP; con sectores campesinos, TP; con proletariado y sectores marginados y Terceristas; con clases medias y burguesía. Actividad militar del FSLN en ciudades.</p>	<p>Represión (masacre) indiscriminada en el campo, Estado de Sitio, Ley Marcial, Censura, uso de Condeca internamente. Crecimiento de elite anti/insurreccional EE-BBI.</p>	<p>Efectos de crisis mundial en economía. Reactivación de capital Somocista a través de negocios tipo mafia, prostitución, venta de sangre etc.</p>
<p>(1977-79) CONTRA HEGEMONIA</p>		
<p>La Sociedad Civil llega a ser el lugar de articulación del proyecto contra-hegemónico de la burguesía reformista y el movimiento Sandinista. Expansión del movimiento popular. Surgimiento de organizaciones de masas (mujeres, campesinos, católicos, estudiantes). La estrategia militar del FSLN en las ciudades crece; así como su política amplia de alianzas de clases. Aparición de Los Doce, y Frente Amplio Opositor (FAO). partido de la oposición burguesa MDN</p>	<p>Ruptura del vínculo orgánico entre Sociedad Política y Civil. Sociedad Política descansa permanentemente en represión y matanzas indiscriminadas. Duplicación de miembros de la Guardia Nacional (13,000/total) y aprovisionamiento masivo de armamento israelí.</p>	<p>Caída de precios de algunos productos de agro-exportación. Fin del 'boom' post-terremoto. Descapitalización debido a inestabilidad interna. Ayuda económica internacional reducida. Endeudamiento y estancamiento económico, debido a la guerra. (Sabotaje a la producción)</p>
<p>(1978-1979) INSURRECCION POPULAR</p>		
<p>Fase de Insurrección Popular, Radicalización de oposición burguesa. Huelga General, levantamientos armados 'espontáneos'. Consolidación de Organos Populares de Poder (CDC, Milicias, etc). Integración masiva de cristianos a lucha armada, construcción de barricadas, mítines populares etc.</p>	<p>Asesinato de líder de oposición (Chamorro) y represión abierta a movimiento popular, y líderes sandinistas.</p>	<p>Somocismo deja de ser un instrumento efectivo para el desarrollo económico y social de la sociedad.</p>

Septiembre 1978

PRIMERA INSURRECCION

Liderazgo Sandinista en movimiento anti-somoclista: Toma del Palacio Nacional, Primer llamado a Insurrección General, Quiebre de FAO, Consolidación de Movimiento Pueblo Unido (MPU).

Masacre Indiscriminada a 5,000 personas en insurrección de septiembre. Bombardeo indiscriminado a cinco ciudades.

Paralización Sectorial de la producción.

Marzo-Julio 1979

OFENSIVA FINAL

'PODER DUAL' /
HEGEMONIA SANDINISTA
(Alianza Amplia FPN)

Miles de personas dan su vida
por alternativa revolucionaria.

HUELGA GENERAL

QUIEBRE
19 DE JULIO
TOMA DEL PODER POR
FUERZAS REVOLUCIONARIAS

4. EL DETERIORO DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y SALUD BAJO LA DICTADURA MILITAR

4.1 Desgaste de la Fuerza de Trabajo y Condiciones Generales de Existencia

El carácter subordinado y dependiente del capitalismo en Nicaragua, junto con la vulnerabilidad de una economía expuesta a las fluctuaciones de los precios internacionales de las materias primas, determinaron que la burguesía, para mantener sus tasas de ganancia, recurriera a la explotación de los trabajadores, sobre todo en épocas de crisis.

El crecimiento económico observado en determinados períodos (a partir de la 2ª Guerra Mundial) y, concretamente, a raíz de la expansión del cultivo algodonero, no se tradujeron en ninguna mejoría de las condiciones de vida y niveles de salud de los trabajadores, en particular, de los "doscientos mil trabajadores estacionarios que tiene Nicaragua durante el ciclo productivo y mucho menos en los períodos muertos, es decir, la mayoría del año"¹.

La inexistencia de programas de salud, atención médica, o cualquier otro beneficio para la salud de los trabajadores, era el denominador común en una fuerza de trabajo sobreexplotada; situación que se agravaba en aquellas zonas del país ajenas a la actividad agroexportadora.

El cultivo del algodón a gran escala supuso un aumento considerable del proletariado agrícola que, en 1973, representaba el 45% de la PEA. Concretamente, el 85% de dicho proletariado trabajaba en el algodón.²

La importancia numérica de los asalariados agrícolas del algodón, amerita una

¹ Lea Guido "La Salud en Nicaragua", Rev. CSUCA n° 21, Costa Rica, 1982 p. 58

² Según datos de la Comisión Nacional del Algodón y de la Oficina Ejecutiva de Encuesta y Censos de Nicaragua.

breve descripción de sus condiciones de vida y trabajo. Estas se podían calificar como pésimas:

Los cortadores de algodón estaban sometidos al hacinamiento "en barracas, piso de tierra, camas de madera, sin cuartos ni divisiones para niños, mujeres y hombres, con una alimentación a base de arroz y frijoles; trabajando en campo abierto con una temperatura de 60 grados centígrados; uniformados con el polvo de las tolvaneras producidas alrededor de los campos de algodón"¹

Las intoxicaciones por el uso de insecticidas órgano-fosforados eran más fuertes cada año, dándose casos de intoxicación incluso en los lactantes amamantados por mujeres que trabajaban en el algodón. Los pacientes, una vez tengan residuos de insecticida en el organismo necesitan dos años o más para recuperarse; condición que obviamente no se cumplía.

Para el conjunto de la clase trabajadora nicaragüense, las condiciones de sobre explotación a que está sometida provocan un gran deterioro de la misma. Las condiciones de trabajo imperantes se podrían caracterizar de la siguiente manera:²

- Gran desempleo, falta de tierras y falta de acceso a los medios de producción que no permite a gran parte de la fuerza de trabajo consumir los medios básicos de subsistencia.
- Subordinación de las pequeñas actividades productivas al capital usurero y comercial.
- Utilización intensiva y extensiva de la fuerza de trabajo tanto en el tiempo como en el espacio: En las unidades de producción agroexportadoras, durante 90 días al año.

1 Orlando Núñez Soto, op. cit. p. 102

2 Síntesis elaborada a partir de Orlando Núñez, op. cit. y Joaquín Solís Piura, "La Crisis del Capitalismo y la Salud en Nicaragua", Rev. CSUCA n° 21, Costa Rica, 1982.

- Intensificación del trabajo: se realiza a destajo.
- Aumento de la jornada de trabajo, que nunca es menos de 10 horas al día en dichas unidades.
- Sistema de turnos y relevos que incluyen turnos nocturnos.
- Utilización de mujeres y niños en el período de corte.
- Bajos salarios que no llegan a reproducir la fuerza de trabajo requerida para el total del ciclo económico. Esta caída del salario se ve apoyada por el nivel de competencia que somete a los trabajadores, debido al gran excedente de la mano de obra y la miseria reinante.
- Pésima alimentación suministrada por la propia empresa de orientación agro exportadora y a cuenta del salario.
- Dificultades en la fuerza trabajadora para organizarse debido a la movilización geográfica en el período de corte, la dispersión por todo el país y el temor de no ser contratados de nuevo los trabajadores que han resultado conflictivos.

La sobreexplotación de la fuerza de trabajo trae como consecuencia el deterioro de la misma por la imposibilidad de acceder a los medios de subsistencia y a los servicios de salud, educación, etc.

Uno de los efectos derivados de esta situación fue el estancamiento de la pirámide poblacional, experimentando un fuerte descenso a partir de los 15 años que se mantiene hasta los 35.

Para el conjunto de la población, durante la última etapa de la dictadura somocista, las condiciones de vida se pueden resumir en las siguientes:

- Analfabetismo en el 50% de la población, siendo en las zonas rurales del 70%.

- **Desnutrición:** los informes oficiales¹ señalaban que el 54% de los nicaragüenses estaban en condiciones de subalimentación.

En 1965, la desnutrición prevalecía en el 66.5% de la población.

A esta situación contribuía el desinterés del Estado por incentivar la producción de productos básicos para el consumo interno.

- **Hacinamiento.** Al hambre y la desnutrición -que nunca aparecen como causantes de la enfermedad- se asociaban condiciones de vida como el hacinamiento en las ciudades, que se agravó con el terremoto de 1972, al destruir en su mayoría viviendas de las capas populares. Según el citado informe, el 67% de la población nacional vivía en condiciones de hacinamiento, lo que se traduce en cuatro personas por cuarto; mientras que el 69.5% de las viviendas contaban con pisos de tierra y estaban construidas con materiales fácilmente deteriorables.
- **Deficiente infraestructura higiénico-sanitaria:** el 46.5% del total de alojamiento no tenían instalación sanitaria. En las zonas rurales, tan sólo el 13% de la población contaba con algún sistema de disposición de excretas; el 96.7% de la misma no poseía servicios de agua potable, y carecía totalmente de alcantarillado; mientras que en las ciudades únicamente el 32% de los habitantes disponía de dicho servicio y el 32% carecía de agua potable.²

1 Comité Nacional Agropecuario, Unidad de Análisis Sectorial (UNASEC), Situación y Problemas del Sector Agropecuario de Nicaragua, Managua, D. N. 1974, p. 140.

2 Ministerio de Salud Pública, Plan de Operaciones del Prodesar (Programa de Desarrollo Rural Regional de Nicaragua con Énfasis en la Niñez y la Juventud) Managua, 1975. pp. 3-4.

C A P I T U L O I I I

LA REVOLUCION SANDINISTA.

INTRODUCCION

La Revolución Sandinista ha marcado un hito en la historia económica, social y política de Nicaragua. Desde julio de 1979, uno de los aspectos que más destaca - en el país centroamericano es la constante participación del pueblo nicaraguense en las diversas tareas revolucionarias, fenómeno nada extraño si consideramos que fue precisamente la movilización popular uno de los elementos principales en el derrocamiento de la dictadura somocista.

Los siete años transcurridos desde entonces no han sido fáciles. Sin embargo, la revolución no ha renunciado ni a sus objetivos ni a sus principios, uno de los cuales y por el que se legitima, es el de la participación popular en todos aspectos de la vida nacional, como expresión del poder popular.

En el presente capítulo se analiza como se concibe y desarrolla la participación popular en la gestión de salud en Nicaragua, en consonancia con los principios y objetivos fijados en la etapa actual de la revolución. Para ello se estudian las diversas estrategias que ha venido manteniendo y mantiene la revolución (unidad nacional, hegemonía popular, economía mixta,...) tanto en lo que se refiere a la base material de la sociedad, con especial énfasis en los procesos de participación social. Asimismo se estudian los embates y agresiones que viene sufriendo la revolución nicaraguense que, si en un origen se desarrollaron a nivel de lucha político-ideológica por parte de ciertos sectores burgueses, desde 1983 ha adquirido una expresión violenta con el apoyo decidido de los Estados Unidos. Una vez ubicados en las transformaciones revolucionarias experimentadas y definido el carácter de la Revolución Popular Sandinista, se analizan los cambios habidos en la práctica médica y la situación de salud que hoy en día presenta la población nicaraguense.

Por último, se estudia el proceso seguido en la determinación histórico-social de la participación popular en salud en Nicaragua, así como las dimensiones que actualmente tiene, junto con sus efectos y limitaciones

2. HEGEMONIA POPULAR Y DEMOCRACIA PARTICIPATIVA

2.1 Unidad nacional y hegemonía popular

Los objetivos iniciales propuestos a raíz del triunfo revolucionario consistían en el desmantelamiento de la dictadura y, subsecuentemente, la constitución de un nuevo Estado asentado en la construcción de un poder de nuevo tipo, de amplia base popular y con gran desarrollo de las organizaciones de masas; y, en segundo lugar, impulsar un proceso de reconstrucción económico y de transformación social, sobre la base de nuevas relaciones de producción.

Para la consecución de estos objetivos, la propuesta sandinista se basaba en la estrategia de unidad nacional como medio para la construcción, consolidación y avance de la Revolución en torno a la hegemonía popular y a la conducción política de su vanguardia, el FSLN. De esta manera, el FSLN llamó a los diferentes sectores sociales y políticos que habían participado en el derrocamiento de la dictadura, para constituir un verdadero gobierno de Unidad Nacional.

El triunfo sobre la dictadura había implicado la derrota de los proyectos de sustitución institucional promovidos por la burguesía (lo que se denominó somocismo sin Somoza), pero este hecho tan sólo fue captado por ella en el último momento. Así, el FAO declararía su apoyo a la Junta de Gobierno de Reconstrucción Nacional (JGRN) el 24 de junio de 1979, mientras que el Consejo Superior de la Empresa Privada (COSEP) lo hizo aún más tarde: el 27 de julio. Este reconocimiento, permitió a estos sectores de la burguesía ingresar y participar en la nueva etapa que se abrió para Nicaragua pero, en todo caso, "no como fuerza hegemónica o de conducción sino como un elemento subordinado de un movimiento de liberación nacional cuya dirección era ejercida en nombre de las clases populares por el FSLN"¹

¹ Carlos M. Vilas, Perfiles ... op. cit., p. 235

La propuesta de unidad nacional favorecía, pues, la incorporación de la burguesía a las tareas de la reconstrucción nacional y la defensa, pero como clase políticamente subordinada a una conducción de carácter popular. Junto a la burguesía, la unidad nacional convocaba una amplia gama de clases, grupos y fracciones a un proyecto revolucionario, democrático, popular y antimperialista sobre la base de una hegemonía popular, que emergía de la fuerza y la organización de las masas, pero también de las armas populares.

La hegemonía popular en la unidad nacional significa que ésta se apoya fundamentalmente en las clases populares e impulsa en primer lugar los intereses y las demandas del campo popular. Es decir, supone integrar a las minorías bajo la dirección de las mayorías.

En los primeros momentos del gobierno revolucionario, elementos representativos de diferentes fracciones de la burguesía se incorporaron a posiciones importantes de JGRN y en el aparato del nuevo Estado, junto con diferentes representantes de diversas fuerzas políticas y organizaciones sociales. Incluso, en términos cuantitativos, la participación institucional de la burguesía resultaba sobredimensionada respecto al papel que desempeñó en la lucha contra la dictadura, pero es posible "que dicho desequilibrio respondiera al interés del FSLN en reducir en lo inmediato los contratiempos que habría implicado, para el proceso de reconstrucción y para una rápida normalización de la vida del país, la falta de cuadros técnicos propios y de adecuadas vinculaciones con el mundo financiero, la necesidad de neutralizar presiones excesivas provenientes de los Estados Unidos y otros factores" ¹

Aún a pesar de la presencia de representantes de la burguesía en instituciones de Gobierno y de la Administración del Estado, el control del aparato de gobierno gravitaba en torno al FSLN. Sin embargo, este control era insuficiente para

¹ *Ibíd.*, p. 238

la construcción de la hegemonía popular. Si bien el FSLN había conquistado el poder político y en cierta medida, el poder económico, esto no significaba que hubiera podido consolidar su hegemonía como proyecto histórico a realizar. ³

La construcción de la hegemonía es un proceso largo y complejo, y como afirmaba Bayardo Arce "los revolucionarios pueden tomar con relativa facilidad el poder económico, el poder material de una sociedad; pero lo más difícil, lo que cuesta más, lo que lleva más tiempo es tomar el poder ideológico de esa sociedad. El poder intangible que se expresa en la inestabilidad de los hombres, en la mentalidad de la sociedad".¹

En este sentido la estrategia seguida por el FSLN se basó en tres ejes fundamentales:

- 1- La constitución y consolidación de un nuevo poder armado, el Ejército Popular Sandinista (EPS), al servicio del Estado Revolucionario y la hegemonía popular, sobre la base de los combatientes del FSLN. El EPS no es un ejército partidista, sino un ejército que reconoce el contenido político y en definitiva de clase - del proyecto de nación que la Revolución Sandinista impulsa. Es por tanto un auténtico ejército nacional, en el sentido de ser ejército de una nación gestada en la lucha antimperialista y popular.
- 2- El desarrollo y fortalecimiento de las organizaciones de masas, como organismos que representan los intereses de los sectores populares y en donde estos participan tanto en la toma de decisiones como en la elaboración de medidas que garanticen la profundización del proceso revolucionario y el fortalecimiento y crecimiento de la conciencia revolucionaria de dichos sectores. Inicialmente, los organismos de masas habían conocido su primera fase de desarrollo en la lucha contra la dictadura.

¹ Manuel Calderón, "Nicaragua: el proyecto nacional-popular", *Le Monde Diplomatique* en español, México, julio, 1986 p. 32

- 3- El establecimiento de un sistema de alianzas políticas entre grupos subordinados a la burguesía como medianos propietarios y productores, técnicos y profesionales de clase media y otros.

La consolidación de la hegemonía política e ideológico-cultural de los sectores populares sobre los antiguos grupos dominantes, tan sólo es factible conseguirla en un proceso de confrontación directa de dichas fuerzas sociales. En Nicaragua, este proceso está garantizado por la existencia de un pluralismo que se constata y materializa en todos los sentidos, desde el económico y político hasta el ideológico y cultural.

Precisamente, el triunfo del FSLN y las fuerzas populares en esta confrontación se basó en el abordaje de las tres cuestiones anteriormente enunciadas.

Los sectores populares han ido adquiriendo la hegemonía política dentro del proceso revolucionario y, asimismo, han ido fortaleciendo la hegemonía ideológico-cultural. En este sentido, durante este período, que se ha caracterizado por una gran expansión de la sociedad civil, cabe destacar la realización de hechos como la Cruzada Nacional de Alfabetización, la creación de los Centros Populares de Cultura y de la Asociación Sandinista de Trabajadores de la Cultura (ASTC), junto con la creación de diferentes formas de organización popular, en un proceso de profundización de la participación popular en el proceso político y la creación cultural.

Asimismo, se ha desarrollado una fuerte lucha ideológica a través de los medios masivos de comunicación, como instrumentos de difusión y divulgación del proceso revolucionario para los sectores populares. La información en favor de dichos sectores se ha concretado mediante la creación de la Dirección de Medios de Comunicación (encargado de vigilar las disposiciones legales en la materia), la Corporación

Radial del Pueblo, el Sistema Sandinista de Televisión, el Instituto Nicaragüense de Cine, la agencia de noticias Nueva Nicaragua, los periódicos Barricada (órgano oficial del FSLN) y Nuevo Diario, así como diferentes editoriales (Nueva Nicaragua, Vanguardia, ...)

La cultura es otro factor relevante en la construcción de la nueva sociedad nicaragüense. La creación del Ministerio de Cultura, de los Centros Populares, de Cultura, de la Corporación Cultural del Pueblo (encargada del manejo de empresas productoras de bienes culturales) constituyen las bases materiales para el desarrollo y fortalecimiento de la cultura popular revolucionaria.

La aspiración de construir una sociedad más justa y participativa, ha supuesto que poder y democracia se configuren como los factores esenciales del proceso revolucionario, en tanto que "ellos garantizan espacios de acción - reproducción y fortalecimiento - a las clases populares, desde los cuales pueden enfrentar las acciones de las clases desplazadas del poder."¹

La representación y participación, en el poder y toma de decisiones, de las clases populares ha sido, y sigue siendo, una de las principales inquietudes del gobierno revolucionario. Muestra de ello fue, en su día, el número de miembros, (32 de 51, ~~ver en cuadro anexo No.~~) que representaron los intereses del pueblo en la composición del Consejo de Estado y, hoy en día, el número de diputados representantes de los intereses populares (67 de 96) en la Asamblea Nacional.

Por último, la construcción de la hegemonía popular no se restringe a lo meramente político-ideológico y cultural, sino que, además, se complementa en un modelo económico de desarrollo - la economía mixta - que manifiesta, en la práctica, la transformación del antiguo sistema en uno nuevo de carácter popular, y constitu

¹ Ibídem, p. 32

ye el sustento material del proceso que se desarrolló en lo ideológico-cultural.

2.2 Organismos de masas y participación social

Los siete años de la revolución sandinista han significado una amplia y poderosa movilización y organización popular; si bien las diferentes organizaciones de masas (OM) tuvieron sus orígenes y realizaron tareas ya desde antes del triunfo revolucionario. En general, se puede decir que las OM crearon las condiciones para desarrollar la conciencia y la movilización política, actuando como organizaciones intermedias que sirvieron de apoyo logístico y político para la lucha armada y el respaldo social al FSLN en el derrocamiento de la dictadura somocista.

Bajo el somocismo, tan sólo una pequeñísima porción de hombres y mujeres de la clase obrera estaba organizado en sindicatos. Ello era debido a las dificultades que tenía el pueblo para organizarse. Y, fundamentalmente, a la falta de una trayectoria histórica de organización de masas y la intensa represión que oponía la Guardia Nacional de Somoza. A esto hay que añadir el escaso nivel de desarrollo cultural y la poca conciencia política del pueblo nicaragüense. El campesino, habituado al aislamiento y las privaciones que padecía, era retraído y muchos estaban influidos por la hegemonía ideológica que el somocismo suponía.

A diferencia de la mayor parte de los países Centro y Sudamericanos que tienen largas historias de movimientos rurales, "la represión política de la Guardia Nacional y la expansión de la agroindustria privada de Somoza frustraron efectivamente todos los esfuerzos para organizar a los campesinos hasta los años cincuenta".¹

El escaso desarrollo industrial y por ende, de las fuerzas productivas era un factor en contra de la organización de la clase obrera. El individualismo y el aislamiento de las mujeres de cualquier clase social, y en el caso de las obreras y

¹ Epica Task Forse, *Nicaragua: A people's Revolution*, Washington, 1980, p.23, citado por Lary Ruchwayer, "Las organizaciones de masas y el proceso revolucionario", en *la Rev. de Nicaragua*, México, ed. Era. 1985, p. 166

campesinas las cargas a que estaban sometidas en la lucha por la subsistencia, impedía la formación de una conciencia feminista y revolucionaria.

La migración en temporada de cosecha y el analfabetismo generalizado son elementos que se añaden a las dificultades de organización de la población y la marginación que muchos sectores sociales y capas populares experimentaban.

De esta manera, las organizaciones populares con vida democrática institucionalizada nunca existieron en Nicaragua antes del 19 de julio de 1979.

Las principales organizaciones populares se fueron desarrollando en los Centros Universitarios y los colegios secundarios, en los barrios y las comunidades indígenas y entre los obreros urbanos del pacífico; cuando todavía el campesinado era inexperto aún a pesar de ser el más reprimido.

El FSLN comenzó a crear vínculos con estos sectores desarrollando una red clandestina tras reconocer en 1963 que sus primeras derrotas militares fueron agravadas por la ausencia de fuertes vínculos con las masas. Posterior a la insurrección de septiembre y particularmente durante el primer trimestre de 1979, la actividad de las masas aumentó con gran fuerza y poco a poco iban deslindándose las tareas.

Como complemento a la circular ejecutiva No. 2 de la Coordinación Sandinista Nacional, se difundieron "algunos lineamientos prácticos para la incorporación de la población en su conjunto en la lucha final contra la dictadura."

Algunas organizaciones que teniendo detrás diversos partidos y organizaciones políticas, existían en la época somosista eran:

- Partidos y movimientos políticos
 - . partidos de orientación socialista: partido socialista de Nicaragua (PSN)

de cuyas dos tendencias, una se integraría al FSLN en 1979.

Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN), dividido en tres tendencias desde 1975 y reunificado en 1979. Partido Comunista de Nicaragua (PCN). Movimiento de Acción Popular (MAP). Liga Marxista Revolucionaria (LMR).

- . partidos de contenido popular no-socialista: Partido Liberal Independiente (PLI). Partido Popular Socialcristiano (PPSC).

- . partidos reaccionarios: Partido Conservador de Nicaragua (PCN).

Partido Social Cristiano (PSC). Alianza Nacional Conservadora (ANC). Movimiento Liberal Constitucionalista (MLC). Movimiento Democrático Nicaragüense (MDN). Partido Liberal Nacionalista (Partido de la Dictadura Militar Somocista).

A finales de 1978 todos los partidos se integraron a una de las dos alianzas políticas organizadas contra la Dictadura: El Frente Amplio Opositor (FAO), constituido por el grueso de los partidos burgueses; y el Frente Patriótico Nacional (FPN), formado por los partidos de orientación socialista con el FSLN.

- Sindicatos

En la década de los veinte se organizan los primeros sindicatos, que fueron organizaciones artesanales influenciadas por el partido liberal y conservador.

Después de la segunda guerra mundial, cuando se decreta el primer código de trabajo, aparecen un número de sindicatos urbanos respaldados por el PSN y el somocismo.

En los años cincuenta con la expansión de la producción algodonera, café, caña, carne, aumentaron los obreros agrícolas; no obstante, cabe seña

lar que este proletariado crecería sin conocer la organización sindical.

Es en los setenta y particularmente tras el terremoto, cuando el movimiento obrero y sindical crece y, habiendo sido hasta entonces economicistas en sus reivindicaciones, se integran a la lucha política.

- movimiento campesino y sindicatos agrícolas

A finales de los cincuenta se recrudece la guerrilla en las zonas rurales del norte tras un lapso de tiempo transcurrido desde el asesinato de Sandino; y es en 1977 que a instancias del FSLN y tras varios años de trabajo organizativo, se organizan los Comités de Trabajadores del Campo, conformados por obreros agrícolas, semiproletarios y pequeños burgueses que en 1978 se convertirán en la Asociación de Trabajadores del Campo (ATC), una de las fuerzas fundamentales con que cuenta el FSLN para la lucha político-militar en las zonas rurales, y que estuvo íntimamente ligada a diferentes grupos progresistas de la Iglesia que actuaban en el campo, y organizaciones revolucionarias en la lucha final para derrocar a Somoza.

- la lucha en los barrios

Posterior al terremoto las organizaciones populares en los barrios se masifican tomando un carácter insurreccional. Tras la alianza del MPU se forman en 1978 los Comités de Defensa Civil (CDC) en lo que constituye una forma particular de integración de la población en su lugar de habitación a la lucha por derrocar la dictadura.¹

Como antecedente, en 1963 el FSLN y el PSN habían formado los Comités Populares como un intento de unir las demandas sociales de los barrios con la lucha general por la liberación nacional.

1 CIERA, La democracia participativa en Nicaragua, Managua, 1986 b p. 28

- Organizaciones estudiantiles y juveniles

En 1960, inspirado por la victoria del pueblo cubano y reivindicando el legado sandinista, surgen el Movimiento Nueva Nicaragua y Juventud Patriótica, organizaciones que habían de contribuir con sus cuadros a la fundación del FSLN en 1961.

Es a partir de 1970 que el movimiento estudiantil universitario uniría su lucha con la juventud obrera y el movimiento sindical.

En la etapa de la insurrección final los OM eran lo suficientemente fuertes como para jugar un papel decisivo en el derrocamiento de Somoza.¹

A partir de esta organización el FSLN pudo ganar la victoria a la dictadura, contando con el apoyo del pueblo, o como dice Lary Ruchwayer: "la originalidad de la estrategia sandinista surgió de la relación dialéctica que se había desarrollado entre la vanguardia del FSLN y las fuerzas populares representadas por los OM. Solo esta unidad dinámica pudo brindar el necesario contrapeso de la Guardia Nacional (mejor equipada, altamente entrenada y que sobrepasaba a los sandinistas diez a uno)"...²

En junio de 1978 se formó el Movimiento Pueblo Unido (MPU), en cuyo seno se unieron las tres tendencias del FSLN con el PC de N, la izquierda tradicional y más de 20 organizaciones estudiantiles, laborales, cívicas y de mujeres, formando la unidad del movimiento revolucionario en su conjunto. A partir de entonces el FSLN tendría como eje de masas al MPU.³

1 Lary Ruchwayer, "Las organizaciones de masas sandinistas y el proceso revolucionario," en R. Harris y C. Vilas, *La revolución en Nicaragua*, México, ed. Era 1985 p. 167

2 *Ibíd.*, p. 168

3 López Campos, Julio, "Insurrección: política de masas", *Barricada* 27 junio 1985

El MPU estableció una red de células clandestinas de barrio que dieron al pueblo una estructura paralela de poder local, en lo que fueron los CDC y que posteriormente se convertirán en los Comités de Defensa Sandinista (CDS)

Existían además de los CDC, los Comités de Defensa de los trabajadores (ambos - con actividades político-militares), los Comités Populares de barrio (estructura dirigente de los Comités de Defensa Civil), las Brigadas Populares, los Comités de Acción Populares (fuerzas paramilitares organizadas por el FSLN), etc..

El quehacer de los CDC antes de la Revolución consistía en luchar por las reivin dicaciones de la población, pelear contra los aparatos represivos somocistas y así luchar por derrocar a la dictadura y finalmente, actuar como la retaguardia activa de la guerra de Liberación Nacional.

Para la consecución de los objetivos anteriores, los CDC debían desarrollar múltiples tareas: organizar el acopio de alimentos, medicinas y armas; construir refugios antiaéreos; entrenar al pueblo en primeros auxilios, tácticas militares, levantamiento de barricadas y uso de armas; asimismo se hicieron cargo de una economía clandestina en los días finales de la insurrección, mediante la distribución de todos los suministros; organizar las cocinas colectivas para alimentar a los comba tientes y los primeros auxilios; proporcionar la estructura para satisfacer las ne cesidades de emergencia de la población cuando el FSLN liberaba una ciudad, etc..

Por toda esta gran movilización y arraigo entre la gente, los CDS hoy son la or ganización de masas más grande del país, tanto por la cantidad de afiliados que tie ne, como por la extensión territorial que cubre y las actividades en que participa.

Es la organización de los vecinos nucleados cuadra por cuadra. En su seno se - discuten y resuelven los problemas particulares que afectan la vida del barrio y

los problemas generales de la vida política nacional, "colectivizando la conducta de los cedesistas al tenor de la opinión mayoritaria conservando, sin embargo, las particularidades de la opinión individual".¹

Las discusiones de la cuadra y del barrio pasan a la directiva del barrio y al conjunto de barrios aledaños que forman un zonal cedesista y posteriormente al regional y al nacional; por el camino inverso llegan a la asamblea de cuadra las orientaciones de los organismos de dirección que sistematizan las reivindicaciones sentidas por los barrios y las demandas del avance del proceso revolucionario.

Las tareas de los CDS fundamentales para la defensa de la Revolución son de naturaleza político-ideológica, social, económica y militar; pudiendo sistematizarse en:

- . organización: velar por el crecimiento y la vida interna de la organización.
- . propaganda y agitación: divulgar las tareas y logros de los CDS y la revolución y elevar la comprensión que sobre la realidad debe tener el ciudadano. Destaca, en especial, el apoyo al programa de la educación básica de adultos.
- . defensa de la economía: responsabilizarse y velar por el control del mercado y el abastecimiento de los productos básicos de consumo popular, vigilando los brotes de especulación y agiotismo, y los puestos de distribución de alimentos que existen en el barrio.

A este respecto existen inspectores populares de los CDS que supervisan los precios al consumidor en colaboración con el Ministerio de Comercio Interior. Ellos son "los que principalmente garantizan el cumplimiento de esta tarea contra el agiotismo y la especulación, en defensa del salario real del pueblo trabajador".²

¹ La Democracia participativa en Nicaragua, op. cit. p. 55

² CDS, los CDS somos poder popular, Managua, s.f. p. 4

- . desarrollo comunitario: impulsar tareas sociales y de desarrollo para el bienestar de la comunidad que demanden los pobladores (reparar caminos, construir escuelas, instalación de electricidad y agua potable, limpieza, etc.). En palabras de Bayardo Arce: los CDS deberán ser centros de Desarrollo de la Comunidad.¹
- . defensa social: impulsar el ejercicio de la Vigilancia Revolucionaria; la integración de los ciudadanos a las Milicias Populares Sandinistas, Batallones de Infantería de Reserva, Policía Voluntaria, y medidas de autodefensa de la población.

Los CDS se hicieron cargo de funciones paraestatales, inmediatamente después del triunfo, llenando un vacío dejado por la desintegración del Estado y la economía somocista. Trabajando junto a las agencias internacionales de socorro, a las recién formadas agencias estatales y de las milicias sandinistas, coordinaron la vigilancia y la defensa, distribución de alimentos, medicinas e información, y prácticamente todos los demás servicios esenciales en el conjunto del país.² Coordinando todos los servicios básicos y hasta refiriendo o tratando en su caso, algunas enfermedades a los ministerios de Bienestar Social y de Salud. En suma, "la gente organizada en estas estructuras pasó a encargarse de la gestión directa de un conjunto de bases y actividades en una versión auténtica al margen de sus tentaciones, de la democracia popular sin duda, hubo en esto mucha improvisación y algunos abusos, pero es así como ocurren las cosas."³

La defensa social de la revolución que es llevada a cabo por la Vigilancia Revolucionaria tiene como objetivo principal evitar todas aquellas actividades que perjudiquen a la Rev. Sandinista, es decir, en palabras de los propios CDS

1 El nuevo Diario, 10 septiembre 1985

2 Lary Ruchwayer, op.cit. p. 175

3 Carlos M. Vilas, Perfiles... op. cit, p. 241

"aquellas actividades llevadas a cabo por los enemigos de nuestro pueblo que es tán directamente ligadas a la contrarevolución; y aquellas derivadas de la delincuencia, narcomanía, prostitución, aisladas u organizadas."¹

Otras tareas de los CDS consisten en:

- . Ayudar en las Jornadas Populares de salud, enviando brigadistas y tomando medidas que ayuden a las tareas de éstas.
- . Colaborar en la solución de los problemas de vivienda (en coordinación con el Ministerio de Vivienda, los CDS participan en la asignación prioritaria de terrenos, construcción, etc.).
- . Organizar al pueblo en brigadas de defensa civil para combatir incendios, administrar primeros auxilios, cuidar niños, construir refugios antiaéreos, etc..

Los CDS han servido también de canal a través del cual el FSLN comunicaba las nuevas leyes que se emitían periódicamente, y recibía reacciones y referencias sobre sus acciones ?

Existen más de 15.000 CDS de cuadra, contando con 600000 afiliados, de los cuales en 1983, participaban en las tareas de la Vigilancia Revolucionaria trescientos mil. Es la participación de ciudadanos voluntarios de todas las clases sociales en la voluntad de construir una nueva sociedad.

La independencia de los CDS respecto al Estado le permite incidir de manera permanente en la vida nacional, "ejerciendo el Poder Popular sobre la base de la participación real del pueblo en la toma de decisiones, en la defensa de los intereses de la población, criticando, sugiriendo y exigiendo al Estado"³ Los cedesistas son por lo tanto, sujetos activos en las áreas fundamentales de la revolución.

Todas las actividades que realizan los CDS, la mayor organización de masas exis-

1 CDS, los CDS somos: poder popular, p. 3

2 El papel de los organismos de masas en el proceso revolucionario, p. 16

3 La Democracia participativa..., op. cit. p. 56

tente hoy en Nicaragua, es un claro ejemplo de la participación de la población en todas las tareas que atañen en general a la población civil. Y no quedan en una mera realización de tareas con la finalidad de aliviar al Estado en sus responsabilidades, sino que son actividades definidas y sentidas por el pueblo, por lo que esta organización resuelve de manera activa y en algunos aspectos autónomamente parte de los problemas que sufren. Asimismo, supone una verdadera aglutinación horizontal con una concientización de la realidad social que vive actualmente Nicaragua en cuyo seno se conocen, discuten y critican los programas del gobierno, y sus sugerencias son oídas y tenidas en cuenta por los directivos nacionales.

Entre las acciones y logros de los CDS hay que destacar el apoyo en la Gran Cruzada de Alfabetización a la que aportaron un gran número de alfabetizadores populares, así como también en la Educación de adultos. Con la instauración del Consejo de Estado, órgano colegislativo del poder revolucionario, se aprobaron dos leyes de interés popular por iniciativa de los CDS (La ley de Defensa del Consumidor y la ley de Protección del Vigilante). Otras acciones han sido: el aporte de 40.000 brigadistas populares para combatir enfermedades epidémicas; el trabajo voluntario para limpieza de calles, cauces, eliminación de charcos, basureros y el apoyo a la defensa militar de la revolución mediante la integración a las milicias populares sandinistas, batallones de infantería de reserva, defensa civil y servicio militar patriótico.

Los CDS han intervenido también en la canalización y captación de ayuda internacional dirigida a obras de desarrollo comunal.

En relación al auto-abastecimiento han impulsado y desarrollado huertos, concretamente junto con el Programa Alimentario Nacional, y asesora y controla 7 507 huertos familiares y comunales en todo el país.

Con el ejercicio de la vigilancia revolucionaria por parte de los CDS se ha logrado disminuir la delincuencia común y actividades contrarrevolucionarias, si bien, esta es una actividad que ha disminuído en los últimos años dado el escepticismo del pueblo sobre su virtualidad.¹ Y, asimismo ha tenido también un peso importante en el desarrollo y progreso de las comunidades.

Ultimamente, resultado de la autocrítica ejercida en cuanto al trabajo desempeñado por los CDS, se constató la existencia de una cierta problemática acerca de la desvinculación con las masas y la disminución observada en la participación de la población. Por otra parte, a nivel de la militancia cedesista, se había detectado una mayor preocupación por los aspectos estrictamente organizativos que por la resolución de los problemas comunitarios.²

La multitudinaria organización de masas, CDS, alberga en su interior todas las contradicciones de la sociedad al tener una composición sumamente heterogénea en cuanto a diferentes clases sociales, educación, diversos grados de participación insurreccional, contradicciones generacionales y de punto de vista, etc.. Cualquier persona, de cualquier partido político puede ser coordinador.

Las elecciones son democráticas, eligiéndose a representante de cuadra, barrio, manzana, sector y comarca; recayendo ésta en algún líder natural del pueblo. Los coordinadores de base son elegidos de acuerdo a criterios de efectividad en el trabajo.³

A partir de 1984, los cargos se renuevan anualmente.

Otros organismos de masa con un papel activo en la revolución sandinista son:

¹ Barricada, 11 de septiembre, 1985

² "CDS a la revisión autocrítica de su trabajo", Barricada, 11 septiembre 1985.

³ Ibídem

Las Centrales Sindicales

Con el triunfo de la revolución, el movimiento sindical es potenciado y crece el número de éstos junto a la nueva concepción de sindicato y las tareas que deben desempeñar en el proceso revolucionario. Desde el punto de vista del FSLN "el sindicato no es concebido únicamente como una organización reivindicativa, sino que articula esta actividad con el avance del proceso revolucionario en todos los frentes, y entrena a los trabajadores en formas progresivamente más complejas de participación."¹

En 1983 las centrales sindicales se distribuían de la siguiente manera:

C U A D R O No. 7
NICARAGUA: CENTRALES SINDICALES Y NUMERO
DE AFILIADOS 1983

CENTRALES	NO. DE SINDICATOS	NO. DE AFILIADOS
CST	504	111 498
ATC	480	40 000
FET SALUD	39	15 613
CAUS	15	1 939
CGTI	19	17 177
CUS	17	1 670
CTN	21	2 734
Sin Central asesora ¹	8	16 760
T O T A L	1 103	207 391

¹ incluye ANDEN, UPN y UNE

Fuente: CETRA, MITRAB²

¹ Carlos M. Vilas, "El movimiento obrero en la Revolución Sandinista", R. Harris y C.M. Vilas, La revolución en Nicaragua. Ed. Era. México, 1985 p. 199

² La democracia... op. cit. p. 45

Casi el 90% de los trabajadores afiliados a los sindicatos pertenecen a la Céntral Sandinista de Trabajadores (CST) o a la Asociación de Trabajadores del Campo (ATC), ambas de orientación sandinista.

La Confederación General del Trabajo independiente (CGTi), la Central de Acción y Unificación Sindical (CAUS) y el Frente Obrero representan corrientes sindicales ligadas a partidos de auto-definición marxista.

La Central de Trabajadores de Nicaragua (CTN) y la Confederación de Unificación Sindical (CUS) son opuestos a la revolución.

La Federación de Trabajadores de la Salud (FETSALUD) también es de orientación sandinista. (Para mayor detalle acerca de la vinculación política y sectores laborales de influencia de las distintas centrales sindicales ver anexo No.1)

La Central Sandinista de Trabajadores (CST) es la central sindical más fuerte del país; a ella están afiliados más de cien mil obreros industriales. Se le asigna un papel clave en los planes de reactivación económica, en la obtención de las reivindicaciones históricas de sus miembros y es la protagonista en los primeros pasos hacia la participación obrera en el proceso de producción.

La CST participa activamente en el establecimiento de metas específicas realizables para ciertos aspectos de la producción en determinadas empresas, en las compañías de trabajo voluntario los fines de semana, programas de capacitación para innovadores, etc..

CST y ATC jugaron un papel muy importante en la detección de los casos de descapitalización que la burguesía nicaragüense ocasionó entre 1979 y 1981 en un intento de sabotear la economía, y contribuyeron en gran medida a la implantación de los de

cretos contra la descapitalización, llegando los trabajadores a tomar fábricas que estaban siendo descapitalizadas y a manejar ellos mismos la producción.

Actualmente la CST orienta su trabajo desde la óptica de la sobrevivencia, llamando a los trabajadores a la productividad y a la defensa; defensa que es entendida en una doble vertiente: en las trincheras y en el puesto de trabajo.

A finales de 1985 se realizaron asambleas en más de mil centros de trabajo, participando cerca de noventa mil trabajadores y se elaboraron los planteamientos que en materia de política económica asumiría la CST en el futuro (garantizar el poder adquisitivo del salario mediante el control directo de la distribución y aumento de la oferta de bienes). Hoy, la CST en acuerdo firmado con el Estado intenta garantizar que las empresas distribuyan directamente sus mercancías a los comisariatos de los trabajadores, sin intermediarios de ningún tipo.

La CST participa también en una comisión encargada de estudiar los costos de producción y disminuir los precios de los artículos básicos, así como de reducir el margen de ganancia de las empresas distribuidoras del Estado¹

Por otra parte, la CST busca profundizar la normación del trabajo para establecer incentivos monetarios que complementen el salario del trabajador que supere las normas.²

La base económica de la revolución se ha desgastado en varios aspectos, consecuencia de la guerra de agresión y el bloqueo financiero y comercial por parte de Estados Unidos. Esto ha ocasionado una baja producción de alimentos en el campo, escenario principal de la guerra; el involucramiento de más de cincuenta y tres mil trabajadores - el cuarenta y siete por ciento de los sindicalizados - en la defensa militar; obsoleta maquinaria, etc., golpeando severamente la economía de los traba-

¹ María Florez-Estrada y José Lobo, "La consigna es sobrevivir", Pensamiento Propio No. 33 Mayo/junio 1986 p. 28

² Ibídem

jadores (el 50% del presupuesto nacional está destinado a los gastos de Defensa). Todo esto ha producido un descontento y hasta frustración entre la clase trabajadora.¹

Además de la participación de los trabajadores de la CST en la producción y defensa nacional, lo hacen también en salud, en jornadas de limpieza y hasta en jornadas de vacunación realizadas en el propio centro de trabajo.

Por último hay que señalar que la sindicalización es voluntaria aunque lo hacen la mayoría de los trabajadores, asimismo, pueden pertenecer a la central sindical ciudadanos de cualquier partido político.

En cuanto al funcionamiento de la CST, suelen tener reuniones quincenales con dirigentes sindicales priorizados y mensualmente de todos los trabajadores; señalando la autonomía en las decisiones y en el plan de trabajo que cada empresa o sector se señala.² Igualmente las metas y el número de brigadistas que se movilizan en las diversas campañas son definidos y elegidos por los propios trabajadores de manera voluntaria.

La Asociación de Trabajadores del Campo (ATC) trabaja exclusivamente con los obreros agrícolas de todo el país.

Se formó en 1975 como Comité de trabajadores del campo y en 1978 se funda como ATC, en la lucha de los obreros agrícolas por la tierra y mejores condiciones de trabajo, mostrando gran dinamismo en las soluciones ante reivindicaciones de salario, vivienda, salud, educación, expendios populares, etc..

Actualmente cuenta con 40 000 miembros. Inicialmente dirigió importantes jornadas contra la entrega de tierras del sector estatal a los productores privados agru

1 Ibíd

2 Entrevista personal mantenida con la responsable regional del equipo de propaganda y miembro representante de la CST en el Consejo Regional de Salud, Este 14. Agosto 1986.

pados en la Unión Nacional de Agricultores y Ganaderos.

Debido a sus movilizaciones, en el 20% de las empresas estatales y algunas privadas. existen asambleas de base con sus consejos consultivos en los que los trabajadores participan en la elaboración de los planes y la toma de decisiones, en un proceso de mayor ingerencia de los obreros en la revisión y aprobación de los planes de producción. También han luchado por aumentar su capacidad para comprender los aspectos técnicos y financieros del proceso productivo. Un ejemplo de sus conquistas es que en algunas empresas se destine el 20% de los excedentes para beneficios sociales de los obreros agrícolas.¹

En el sector agropecuario, al igual que en el resto del país, predominan los sindicatos por empresa (en ocasiones varias empresas privadas forman un sindicato), existiendo también por rama de actividad, y desde 1985, por rubro: café, arroz, algodón, tabaco, etc..

Su organización es la siguiente:

- . Comité Ejecutivo Nacional: lo forman siete miembros más áreas de apoyo (Departamento de propaganda, educación, de la mujer, relaciones internacionales, organización, proyectos, secretaría técnica y departamentos por rubros)
- . Asamblea regional: se reúnen cada seis meses.

Los sindicatos por empresa correspondientes a las unidades de producción estatal (UPE) realizan evaluaciones y revisiones del plan técnico-económico anual, en reuniones mensuales y hasta quincenales. Y participan en la elaboración de dicho plan.²

1 M. Flores-Estrada y José Lobo, "la Consigna..." op. cit. p. 29

2 Entrevista personal mantenida con un responsable de ATC. Managua, Agosto. 1986

La Unión Nacional de Agricultores y Ganaderos (UNAG) con un peso significativo en la política agrícola en el sector de campesinos pequeños y medianos.

Los pequeños y medianos agricultores y ganaderos de Nicaragua representan el 66% de la PEA en el sector agropecuario y el 28% de la de todo el país. De un total de 259.100 pequeños y medianos productores, 157.600 son campesinos pobres.¹

La UNAG es la organización campesina más fuerte del país; cuenta con más de tres mil grupos campesinos organizados entre cooperativas y uniones de productores de base. Tiene más de ciento veinte mil afiliados que representan el 40% de los campesinos del país.

Su tarea principal es ayudar a los campesinos en la adquisición de tierras. Es la organización con mayor fuerza social para determinar la distribución de la tierra debido al gran número de campesinos que organiza y a la fortaleza global de su organización.

Tiene representantes en el Consejo Nacional de Reforma Agraria y en todos los Consejos regionales de la misma. Tiene voz directa para determinar los criterios usados en la decisión sobre qué tierras se deben entregar y a quién; esto lo hacen priorizando siempre a los campesinos pobres, los que no tienen tierra o están explotados por terratenientes. Si, por ejemplo, existen tierras abandonadas o subutilizadas, el representante regional de la UNAG se asegura de que esta se dé al movimiento cooperativo, de acuerdo a las disposiciones de la ley de Reforma Agraria.

La UNAG pertenece también a los Comités de Crédito en las zonas, regiones y a nivel nacional; participando de esta manera, en el proceso de asignar créditos a los medianos y pequeños agricultores y ganaderos. Su punto de vista se considera junto con los del Banco Nacional de Desarrollo, el del Ministerio de Desarrollo Agropecuario y de Reforma Agraria (MIDINRA).

¹ UNAG, los pequeños y medianos productores agropecuarios s.f.p. citado por Lary Ruchwayer, op. cit.

La UNAG participa asimismo en las deliberaciones de los Comités de la pequeña y mediana producción a nivel zonal y regional, en donde se fijan los precios de los gramos básicos.

Finalmente, la UNAG ejerce poder en el ámbito de la obtención de servicios y asistencia técnica para sus miembros. Celebra asambleas municipales donde determina las necesidades de las cooperativas de producción, de las asociaciones de crédito y de servicio, y de los productores individuales. En estas reuniones se adopta un plan de acción y se presenta al Comité de la pequeña y mediana producción.

La Asociación de Mujeres Nicaragüenses Luisa Amanda Espinosa (AMNLAE), surgió en 1977 como Asociación de Mujeres ante la Problemática Nacional (AMPRONAC) en la lucha por la defensa de los derechos humanos y la participación de la mujer en la vida nacional.

Jugó un papel clave junto a los CDC, en la lucha insurgente, participando en la construcción de barricadas, escondiendo compañeros, materiales, armas y medicinas, dando primeros auxilios, enviando mensajes, armas y bombas, en la preparación de alimentos, bombas caseras, y en la vigilancia en el combate.¹

AMNLAE cuenta hoy en día con 70.000 afiliadas. Su influencia abarca los campos de la salud, educación, puericultura, vida familiar, empleo para las mujeres, imagen de la mujer en la sociedad, etc. (en el ejército popular de alfabetización, el 60% son mujeres; en los centros de educación popular (CEP) el 55%²; el 70% de los coordinadores del programa de educación popular de adultos y el 60% de los brigadistas en la Cruzada Nacional de Alfabetización).

Ha contribuido a la lucha contra actitudes y prácticas sexistas en la sociedad nicaragüense. En este sentido, en 1982 se promulgó la ley de Alimentos y en 1983,

1 Elizabeth Maier, Nicaragua, la mujer en la revolución, éd. cultura popular, México, 1980 p. 85

2 Bases para el plan de lucha del FSLN, Managua 1984, p. 27

la ley de Adopción, relaciones entre madres, padres e hijos; para ello siete mil quinientas mujeres se reunieron en asambleas para discutir dichas leyes.

Las mujeres han contribuido o promovido 196 comités para alfabetización de las ma dres; guarderías infantiles en la ciudad y en el campo (en 1983 existían 34 servicios rurales infantiles, 30 centros de desarrollo infantil, 39 comedores infantiles urbanos, 12 centros preventivos para menores que trabajan, 6 centros de protección a menores que reciben mal trato, 7 centros de educación para niños transgresores)¹. Existe también una oficina legal de la mujer.

AMNLAE también ha formado cooperativas agrícolas de producción, cooperativas artesanales; programas educativos para aumentar el número de mujeres profesionales. Alrededor de las cooperativas se impulsan otros programas como son los de nutrición, capacitar para sembrar huertos en la casa, campañas de higiene, limpieza, atención al niño, etc..

Su importancia no es menor en la defensa; el 80% de los vigilantes revolucionarios son mujeres y el 70% de las brigadas de la defensa civil.² También participa en milicias populares sandinistas y en los batallones de reserva.

En las Jornadas Populares de Salud, el 88% de los brigadistas son mujeres, el 65% de los educadores populares de salud y el 75% de los multiplicadores.

Respecto a la participación política de las mujeres, en 1982, el 22% de los miem bros del FSLN eran mujeres; en 1983, el 51% de los cargos de responsabilidad en la sede central del Ministerio de Educación; y en 1984, en las elecciones, de 96 escaños, 13 son mujeres con el puesto en propiedad (12 del FSLN y 1 del PCD) y otros 13 de carácter suplente (11 del FSLN y 2 del PCD).

¹ AMNLAE, logros de la mujer nicargüense, s.f.

² Ibíd.

Desde 1985 las mujeres han participado en trabajos de medicina natural y en la implantación y fortalecimiento de los huertos comunales y familiares.

Quizás uno de los logros más importantes desde el punto de vista de la mujer ha sido la promulgación de la ley de comunicación en 1979 que prohíbe la utilización de la mujer como símbolo sexual mercantil.

Otras formas de organización de las mujeres es en Comités Regionales de Ayuda al Combatiente, Frentes Patrióticos de Madres y Familiares, Madres de Héroe y Mártires.

Existen en Nicaragua otras organizaciones de masas (juveniles, gremiales, etc.), además de las descritas que han sido las más importantes. En total hay casi un millón de hombres y mujeres organizados en los diferentes organismos de masas.

Desde un punto de vista conceptual, las organizaciones de masa son instituciones autónomas que aglutinan los diferentes sectores sociales nicaragüenses con el fin de defender y profundizar el proceso de transformaciones revolucionarias y de canalizar las demandas a las instancias superiores de Gobierno.

El papel que cumplen las OM en el proceso revolucionario se manifiesta a través de la realización de diversas funciones: velar y trabajar por fortalecer el proyecto político de la Revolución; y ser verdaderos instrumentos de expresión, canalización y recepción de las demandas más apremiantes de las masas.¹ En este sentido, el FSLN declara: "... queríamos generar la conciencia dentro de las organizaciones de masa, que si bien era cierto debíamos de trabajar porque el proyecto político-revolucionario se preservara, debían de ser también instrumentos que fueran capaces de expresar con autonomía las demandas de los sectores sociales que representaban, así tuvieran que recurrir desde los medios más usuales hasta los medios más inusuales"²

¹ Núñez Téllez, Carlos, El papel de las organizaciones de masas en el poder revolucionario, DECEP, Managua, 1980

² SNPEP del FSLN, El papel de los organismos de masa en el proceso revolucionario, Managua, 1980 p. 16

Los objetivos generales comunes a las diversas organizaciones de masa son:

- impulsar la participación activa y consciente de los diversos sectores políticos en la solución de los problemas colectivos.
- ejercer el poder popular
- defender la Revolución Popular Sandinista en todos los aspectos.
- ser expresión de las demandas populares y canal de las directivas de la JGRN y del FSLN
- elevar los niveles de vida del pueblo y, en particular, su conciencia política.
- luchar por erradicar las injusticias somocistas
- apoyar la reactivación económica
- forjar el hombre nuevo sandinista.

Los principios básicos de funcionamiento para todas las OM, son:

- . Centralismo democrático
- . Dirección Colectiva
- . Representatividad
- . Crítica y autocrítica permanente
- . División del trabajo
- . Planificación del trabajo

En cuanto a la organización, se puede hablar de la existencia de cuatro niveles

- . nivel de base (cuadras, fábricas, escuelas, etc.)
- . nivel municipal
- . nivel departamental y Regional
- . nivel nacional

en cada nivel existe un comité ejecutivo compuesto por secretarías de: organización,

propaganda y educación, política y finanzas. Un secretario general y los consejos compuestos por todos los miembros de base.

Existen líneas básicas de comunicación abiertas que garantizan la efectividad de su gestión Comunicación de abajo-arriba (se tratan sugerencias y críticas a la JGRN y FSLN), de arriba-abajo (al canalizar y discutir las propuestas y directrices de esas instancias), y lateralmente (manteniendo estrecha coordinación entre unos y otros que evita duplicaciones y unifica fuerzas).

Desde el punto de vista del análisis político hay que señalar la autonomía que tienen los OM respecto al partido (FSLN) y el Estado. Aún existiendo una considerable independencia organizativa y financiera, sin embargo la mayoría de los OM consideran al FSLN como su vanguardia indiscutible y reciben de él asesoramiento político e ideológico, sirviendo asimismo de apoyo para los proyectos y actividades que el FSLN propone.

Existe indudablemente una intercomunicación OM-partido-Edo. institucionalizada, manifestando el FSLN su interés en que los OM expresen real y vivamente las inquietudes de los miembros que representan.

Los OM (CDS; ATC, etc.) han tenido conflictos con el Estado, interviniendo el FSLN en apoyo de aquellas. Ultimamente estos conflictos han disminuido al integrarse las OM en los Comités Programáticos de Coordinación y en los esfuerzos de reordenación paralela de ambas estructuras.

Las OM han sido designadas como escuelas de democracia popular al introducir formas democráticas en la selección de las respectivas directivas (actualmente pueden rechazar su directiva y evalúan el comportamiento de los funcionarios). En las entrevistas mantenidas con las diferentes OM, todos los entrevistados coinciden en cuanto a la existencia de una verdadera democracia interna e igualdad política de sus miembros (no hay diferencias por sexo, educativas, de clase, etc.).

En este sentido, se refiere el mecanismo de toma de decisiones por unanimidad o mayoría simple y en cuanto al tipo de decisiones que son tomadas en las asambleas son relativas a temas administrativos, organizativos, planificación, control del trabajo, las normas centrales que son adaptadas a la situación de la región, etc.¹

Existe además una estrecha coordinación con todas las OM entre sí...

Por último, los OM están considerados como órganos genuinos de poder popular dentro de la revolución.²

2.3 La concepción de la democracia participativa

Un aspecto central de la Revolución Popular Sandinista es la unidad y simultaneidad entre democracia política y transformación social. El proyecto revolucionario es un proceso vivo, en desarrollo mediante la práctica de transformación social, y es así que el programa de la revolución hoy en Nicaragua es inseparable de la construcción de una democracia sustantiva, en contraposición a la democracia representativa y a la democracia directa.³

Esta democracia sustantiva o participativa implica al pueblo como sujeto activo de la revolución, y ésto a su vez conlleva el desarrollar las OM con autonomía relativa. De esta manera, el poder no ha sido tomado en Nicaragua sino que está en proceso de construcción.

Si partimos de que el poder, el ejercicio de la coerción y la dominación ideológica no están localizados exclusivamente en aparatos estatales- y por ende, la toma

1 Entrevista personal mantenida con el coordinador regional de los CDS, Estelí, Nicaragua, Agosto 1986

2 Cfr. Larry Ruchwarger, op. cit.

3 Cf. José Luis Coraggio, "Revolución y Democracia en Nicaragua", Cuadernos de Pensamiento propio, INIES- CRIES, Managua, 1984

del poder consistiría en la ocupación de dichos aparatos por parte de un determinado grupo social-; sino que las estructuras de poder se reproducen no solamente en y desde los aparatos del Estado, sino que al interior mismo de la sociedad civil-escuela, iglesia, familia, organizaciones corporativas, medios de comunicación social, organizaciones de producción y circulación, etc. La consolidación del poder revolucionario requiere avanzar en la construcción de un nuevo poder popular localizado precisamente y sobre todo en la sociedad civil; y esto implica un largo proceso que precede y prosigue al momento de la insurrección. Es poner a las masas y no a sus dirigentes en el centro del análisis; pero es sobre todo, la constitución del sujeto real de la revolución, superando así su condición de masas.¹ Y requiere transformar la sociedad desde el Estado y también desde la sociedad civil.

Y es por esto que el FSLN define "el Estado Revolucionario se basa en la organización y movilización popular al máximo para resolver los problemas de la Nación, de la defensa, la producción, la comercialización y para ejecutar las grandes campañas sociales como la alfabetización, las jornadas populares de salud y el control del crimen y la actividad contrarrevolucionaria.

La Revolución Popular Sandinista impulsa una amplia y efectiva participación popular en el proceso de decisión estatal a través de las elecciones y de los representantes del pueblo en la Asamblea Nacional, pero también en el Sistema Nacional de Dirección de la Economía y en el proceso de planificación a nivel sectorial, regional y de empresas o centro de trabajo, así como en la participación de las organizaciones de masas en el proceso de decisión estatal con relación a políticas que les afecten. Así se tiene como objetivo combinar la democracia representativa con la democracia directa y participativa que es producto histórico de la Revolución Popular Sandinista. El objetivo es lograr una democracia popular de tipo superior, basado en expresiones reales y efectivas del Poder Popular".

¹ Ibidem

² FSLN, Bases para el plan de lucha del FSLN, Managua 1984, p. 34

Siendo la participación popular el elemento esencial de la concepción sandinista de la democracia, esta significa "participación del pueblo en los asuntos políticos, económicos, sociales y culturales. (...) La democracia se inicia en el orden económico; cuando las desigualdades sociales principian a debilitarse, cuando los trabajadores, los campesinos, mejoran sus niveles de vida".¹

En una fase más avanzada, democracia significa participación de los trabajadores en la dirección de las fábricas, haciendas, cooperativas y centros culturales. En síntesis, democracia es intervención de las masas en todos los aspectos de la vida social (FSLN 1980).²

La democracia es para el FSLN, aquella en que:

- . el régimen económico que asegura a hombres y mujeres sus necesidades básicas de alimento, trabajo, vivienda, educación y salud;
- . las instituciones gubernamentales están vertebradas para acortar la distancia y hacer fluida la comunicación entre el aparato de poder y las mayorías populares;
- . el gobierno hace descansar la defensa del poder popular sobre todo el pueblo en armas;
- . se cuenta con la participación popular organizada para la realización de los planes económicos, políticos y sociales,
- . existe la voluntad política, la legislación y los mecanismos para efectivizar y garantizar los derechos político, sociales, culturales de las mayorías;
- . el poder está detectado por las masas trabajadoras, cuyo sello es netamente popular (C. Núñez, 1983).³

A su vez la democracia popular es conceptualizada sobre todo como participación organizada del pueblo en el gobierno y en las tareas de la Revolución.

¹ Carlos Mas Vilas, perfiles ... op. cit, p. 360

² Ibidem

³ Ibidem p. 361

Y expresiones de la democracia las constituyen hechos como el que se discuta en los organismos de masas el Plan económico 1986; la celebración de los Cabildos Abiertos para discutir el proyecto de Constitución; es la amplia consulta popular que se lleva a cabo sobre el Proyecto de Autonomía de la Costa Atlántica; la participación de decenas de miles de jóvenes en el Servicio Militar Patriótico (SMP), Servicio Militar de Reserva (SMR), Milicias Populares (MP), Policía Voluntaria (PV), en las Brigadas de Alfabetización, los Batallones Estudiantiles de Producción, Brigadas Voluntarias de los cortes de café y algodón, Brigadas de Saneamiento ambiental, etc..

La Democracia se ve en el tema "todas las armas al pueblo" y se cumple al entregar trescientos mil fusiles al pueblo, es decir, uno por cada diez habitantes. En este acto no sólo se cumple el principio de la democracia popular participativa sino que además es un hecho que constata la hegemonía del FSLN en el pueblo nicaraguense ¿qué aparato estatal es capaz de repartir las armas al pueblo? únicamente si está completamente seguro de que éste no se le va a volver en contra, sólo cuando la fuerza militar no es un mecanismo de coerción al interior de la sociedad sino únicamente algo necesario, tristemente necesario para la defensa nacional.

Hablar de democracia en Nicaragua es hacer referencia también al sistema penitenciaro actual, profundamente humanitario y de régimen abierto. Y es además, que las inconformidades y las quejas sean dichas sin temor y en voz alta ya sea en los medios de comunicación, en los actos "De cara el pueblo", en las instituciones, en la calle, etc.. Y es que la Dirección Nacional del FSLN reconozca sus errores y limitaciones ante cuestionamientos legítimos, como lo ha hecho en multitud de ocasiones.

La democracia real es precisamente aquella en que los trabajadores además de poder participar en elecciones generales están decidiendo la orientación de los pro-

gramas y proyectos económicos y políticos del país.¹

Ahora bien, el desarrollo de un modelo democrático participativo choca con el atraso secular de la sociedad; y en este sentido pueden apuntarse algunos problemas en la construcción de una democracia participativa en Nicaragua² como son:

a) Las contradicciones en el campo popular

- . La forma de resolución de las relaciones entre gobierno, partidos políticos (especialmente el FSLN) y las organizaciones de masas, es decir, que la organización gubernamental no se confunda con la del partido y garantizar la autonomía de las organizaciones de masas.
- . La forma que finalmente adoptará el partido revolucionario: de cuadros o de masas; verticalismo o basismo; clasista o popular.
- . la forma en que se legitiman los individuos que asumen posiciones de liderazgo o de representación en partidos y organizaciones de masas; la posibilidad que tenga el pueblo de controlar a sus representantes.
- . el desarrollo de la capacidad de las mayorías para comprender y controlar las estructuras sociales, así como para diseñar colectivamente un proyecto hegemónico, apropiándose efectivamente del conocimiento científico. Desarrollando instancias de participación en las que se vayan forjando nuevas capacidades de gestión y comprensión.
- . la democratización efectiva en la administración de los medios de producción y consumo; articulando diversas formas de participación- autogestión, participación obrera en la dirección de las empresas, participación directa de las organizaciones de masas en instancias decisorias del gobierno, la participación a nivel local, regional y nacional en la definición de estrategias económicas y su seguimiento, etc.

¹ Ibidem

² J.L. Coraggio, "Revolución y Democracia..." op. cit. pp. 27-32

- la regulación y expresión organizada de intereses particulares contradictorios, y la definición colectiva del interés general bajo un régimen de hegemonía popular.
- la apropiación popular efectiva de los medios de comunicación e información, garantizando el acceso del pueblo a los dichos medios.
- la continuada institucionalización de la revolución manteniendo la flexibilidad necesaria para que no se produzca una cristalización de estructuras que frenen el proceso revolucionario de largo plazo.

b) La cuestión nacional

relacionada con la posibilidad de construir, a través de un proceso de hegemonía un sujeto popular. Teniendo que la organización de las masas, significa su transformación y su constitución como pueblo.

c) La cuestión burguesa

significa la alienación política de los capitalistas privados, sin poder constituirse en "clase para sí", no por el ejercicio de la coerción sino por efecto de la hegemonía popular.

d) La cuestión de la constitución del sujeto hegemónico, el sujeto-popular.

2.4 Instancias de participación popular

Una de las características más significativas de la Revolución Sandinista es la manera, o, más bien, las numerosas maneras como el pueblo participa en la toma de decisiones económicas, políticas e ideológicas que rigen la vida de la sociedad nicaragüense.

Existen muchas experiencias de participación popular que se desarrollan desde el triunfo revolucionario y que constituyen la base del poder popular el cual "se construye en Nicaragua" mediante el ejercicio de ese derecho a la organización, a

la movilización, a la representatividad de base y a la participación en la gestión social"¹

A continuación se exponen las instancias de participación existentes en diferentes campos, así como las modalidades y mecanismos de la misma. En todo caso se excluyen instancias relacionadas con la salud, así como los aspectos ligados a la participación política que se analizarán más adelante.

a) Participación popular en la educación

Uno de los objetivos fundamentales en el campo de la educación ha sido la democratización de la enseñanza, el llevar la educación a los más amplios sectores sociales incorporándolos en la movilización, definición, organización y ejecución de esta tarea.

El panorama existente en el sector educativo antes del triunfo se reflejaba en las cifras oficiales del régimen somocista que señalaban una tasa de analfabetismo del 42% en el país. Sin embargo, en el censo realizado en octubre de 1979 como parte de la Cruzada Nacional de Alfabetización, se comprobó la existencia de un 50.35% de analfabetos. Existía además una baja cobertura del sistema educativo, que si bien era insuficiente para la educación primaria, se reducía en la secundaria y era mínima en la educación superior. En 1978 existían en el país:²

	CENTROS	PROFESORES	ALUMNOS
enseñanza universitaria	6	1 503	23 791
enseñanza media	279	2 720	98 874
enseñanza primaria	2 402	9 986	378 640

En 1984 casi se habían duplicado estas cifras y en 1982 se contabilizaba una matrícula de 35,000 alumnos sólo en el nivel superior.³

¹ CIERA, Lunes Socio-Económico de Barricada, 1983-1984, Managua, 1984

² La Democracia ..., op. cit. p. 73

³ FSLN, Bases... op. cit. p. 63

El sistema educativo estaba sometido a una jerarquía rígida, marcadamente antidemocrática, verticalista y autoritaria en cuanto a sus lineamientos y de carácter represivo.

Con el triunfo de la revolución cambió no sólo el número de centros y alumnos integrados en el nuevo sistema educativo, sino también la filosofía que lo sustenta y el mecanismo de implantación.

Estas transformaciones en el campo de la educación, al igual que en las demás áreas sociales, hay que verlas inmersas en el amplio proceso de profundas transformaciones de la revolución. Y es así que la educación en la rev. popular sandinista no es considerada como "un mecanismo de reproducción de la sociedad capitalista dependiente, sino al contrario una dimensión del proceso de liberación de las grandes mayorías populares de las condiciones materiales e ideológicas en que se reproducían como clases explotadas y oprimidas;"¹ ya que, en suma, la participación efectiva y organizada de las clases populares no es posible en medio de la ignorancia.

Este paso de una educación de élites a una educación de masas, de una educación para la reproducción de un orden social injusto y opresor a una educación para la creación de un orden social liberador,² se ha dado sobre todo por la participación de las OM en dichas transformaciones.

De esta manera, "la comunidad, como entidad abstracta y externa al proceso educativo, deja paso al pueblo como entidad concreta que diseña la nueva educación a partir de sus condiciones materiales de vida y de su participación efectiva en el proceso revolucionario",³ conformándose así un sistema educativo donde las clases populares sean el sujeto activo y directo del proceso educativo.

1 Carlos M. Vilas, Perfiles ... op. cit. p. 366

2 Ibidem, p. 368

3 Ibidem, p. 369

Los mecanismos que se han venido generando y desarrollando para operacionalizar la participación popular en el campo educativo han sido los siguientes:

- La Cruzada Nacional de Alfabetización (CNA)

La primera experiencia movilizadora en la educación se dió con la CNA, desarrollada de marzo a agosto de 1980. En ella se alfabetizaron 406 056 nicaraguenses en español y 13 000 en miskito, sumo o inglés criollo, lográndose reducir la tasa de analfabetismo de un 50.35% a un 12.96%, en una acción que rebasa las posibilidades del Ministerio de Educación y que se alcanzó gracias a la movilización popular que involucró a todos los sectores populares del país, fundamentalmente trabajadores y juventud revolucionaria (cien mil jóvenes ingresaron al Ejército Popular de Alfabetización y otros miles a las Milicias Obreras Alfabetizadoras).

A título de ejemplo de la movilización de un organismo de masas en esta cruzada, cabe señalar el papel que realizó la ATC, pues fueron las zonas rurales las más atendidas por la alfabetización, y cuyas tareas fueron: censo de la población rural analfabeta, concientización sobre la importancia de la alfabetización, incorporación de obreros agrícolas y campesinos a la alfabetización, guías para las zonas más apartadas e inhóspitas, facilitar locales para impartir clases, casas de albergue para brigadistas y asesores, incorporación de mil quinientos treinta trabajadores como alfabetizadores en las familias campesinas, incorporación de obreros agrícolas y campesinos a los cuerpos de seguridad de los alfabetizadores organizados en las milicias populares sandinistas, etc..

Todas las demás OM brindaron su apoyo de manera similar y de acuerdo a su estructura y funciones.

- La Consulta Nacional

Supone la participación popular en la definición de los fines y objetivos de la nueva educación

Cabe resaltar que una consulta de esta naturaleza era la primera que se realizaba no sólo en Nicaragua, sino incluso en América.

Unas cincuenta mil personas, en grupos de diez miembros cada uno, debatieron un cuestionario de cincuenta y cinco preguntas base, para obtener los criterios que definirían posteriormente los fines y objetivos de la nueva educación que había de implantarse en Nicaragua en el futuro. Los debates, el acopio y la sistematización de los informes se realizó a través de treinta organizaciones sindicales, gremiales, comunales, políticas, religiosas y organismos estatales.

La definición del perfil de la nueva educación de computó tomando como unidad de análisis las síntesis nacionales de cada organización para respetar las opiniones minoritarias.¹

Las demandas populares recogidas en la Consulta relativas al sector educativo, algunas de ellas ya estaban contenidas y otras fueron incorporadas a la política educativa de la revolución.

Los CDS es la organización que más participantes aportó a la consulta, el 49%.

- La ampliación y cobertura del sistema educativo

Como un derecho de todos los nicaragüenses se estableció la enseñanza gratuita. A mediados de 1982 ya habían en el país el doble de escuelas de las que existían en 1979; en muchos casos habían sido construídas con el aporte conjunto del Ministerio de Educación y las organizaciones locales comarcales y

1 La democracia... op. cit, p. 78

municipales.

La CNA, combinando el trabajo de técnicos docentes y personal no técnico; mostró que la docencia no es función exclusiva de especialistas y técnicos, por lo que hoy se utiliza la primera combinación para ampliar la población atendida por centros preescolares.

- La Educación Popular de Adultos (EPA)

Los objetivos de la EPA y que corresponden a los intereses estratégicos de la revolución son:

- . desarrollar la conciencia revolucionaria que permita a los trabajadores nicaragüenses comprender el sentido de la lucha antimperialista que libran en el plano económico, político, militar e ideológico.
- . asegurar a los trabajadores la base fundamental de su preparación técnica de manera que permita transformar la calidad de la producción en el país.¹

La EPA en Nicaragua se da mediante:

- . los Colectivos de Educación Popular (CEP): grupos organizados de adultos pertenecientes a las clases populares que se alfabetizan y /o estudian la educación popular básica (EPB).²
- . los maestros populares, trabajadores que dedican de forma voluntaria una parte de su tiempo a la educación de adultos.
- . los talleres, texto, programa, radial, etc.
- . los consejos de educación de adultos, integrados por OM y personal técnico de educación de adultos; funcionando a nivel nacional, regional y zonal.

Se han instituido los medios oportunos para promover y hacer viable la participación de los diferentes sectores sociales, a través de sus organizaciones representativas, en la implementación de la educación. Estas instancias de participación en el sistema educativo son:

¹ La democracia... op., cit., p. 81

² Dada la importancia de la materia se incluye en apéndice 4 una información más detallada sobre los CEP.

- Los Consejos, son organismos consultivos que asesoran en el diseño de la política educativa de manera acorde con el sentir de las grandes mayorías y con los postulados de la revolución.

En 1980 se estableció el Consejo Nacional Asesor de la Educación en el que estudiantes docentes y la comunidad educativa están representados a través de las organizaciones: JS19J, ANDEN, CST, ATC y UNAG, entre otras. El Consejo Asesor Nacional tiene su versión equivalente en las regiones.

- La participación social en la dirección de los centros escolares, funcionando un Consejo que recoge y sintetiza la demanda educativa del área.
- El Consejo Nacional de Educación de Adultos quien, entre otros objetivos, debe organizar la correcta atención a las demandas educativas y asegurar la participación creativa de las masas para estudiar los problemas propios de la educación de adultos. Lo integran representantes de los OM y técnicos del programa. Existen también Consejos regionales y zonales.
- Talleres de evaluación, programación y capacitación educativa (TEPEC), reuniones mensuales de los docentes.

b) Participación popular en la cultura.

La revolución rompió el carácter elitista que tenía la cultura y ha dado cauces para la expresión y desarrollo cultural en las masas.

Los Centros Populares de Cultura nacen como un impulso importante para desarrollar o estimular las capacidades artísticas de la juventud y de los trabajadores. Y así es notoria la promoción de actividades culturales en las organizaciones de masas y en algunos órganos del Estado. Las OM, el Ejército Popular y el Ministerio del Interior fomentan entre sus miembros movimientos culturales.

c) Participación popular en los medios de comunicación

En Nicaragua también se han modificado las relaciones de la sociedad con respecto a los medios de comunicación¹, dejándose sentir la opinión de los trabajadores y abriendo de esta manera, nuevas posibilidades de expresión popular.

No sólo se ha modificado el contenido de la información sino que también se han abierto vías nuevas de comunicación, ejemplo de esto último es la Corporación Radio difusor del Pueblo (CORADEP) en la que los organismos de masa tienen una importante participación.

Existen una importante cantidad de medios de difusión de propiedad privada (la mayoría de las revistas, emisoras de radio y agencias de noticias). El estado controla los dos canales de televisión y uno de los dos diarios; los partidos políticos y OM tienen también sus respectivos órganos de comunicación e información.

d) La participación de los trabajadores en la gestión económico-productiva de las empresas

Ante la lamentable situación que presentaba la economía nicaragüense y, particularmente, la paralización de las actividades productivas, al concluir la guerra de liberación, se planteó la necesidad de que tanto el relanzamiento de la actividad productiva y en general la recuperación de la economía, estaban directamente vinculadas a la participación activa de los trabajadores en tal sentido.

Al principio la participación de los trabajadores consistió en la realización de tareas tales como "preservar los medios de producción existentes, reparar en la medida de lo posible el equipo rescatable, tomar posesión de las empresas abandonadas, asesorar a los técnicos y administradores sin experiencia de la recién creada APP, o conseguir que la burguesía pusiera en marcha sus empresas paralizadas y terminara un proceso de inversiones"².

¹ Carlos M. Vilas, op. cit., p. 316

Conceptualmente, la participación de los trabajadores se ha ido explicitando progresivamente. Así, en abril de 1980, la Asamblea por la Unidad Sindical planteó la participación obrera como un proceso en dos niveles, o dimensiones: la participación en la producción y la participación en las transformaciones del Estado.

Desde la primera dimensión, la participación se concebía como una función de vigilancia sobre los propietarios de las empresas y como incorporación a tareas en sí mismas productivas, y no como incidencia efectiva de los trabajadores en las decisiones económicas de las empresas.

Desde la segunda perspectiva, la participación sindical en las transformaciones del Estado se caracterizaba por la elección de representantes verdaderamente idóneos, capaces de cumplir la misión de transmitir a los organismos estables las necesidades, los puntos de vista, recomendaciones o la crítica de los trabajadores; combatir el burocratismo, el derroche, la malversación, la ineficiencia, etc.; promover la capacitación técnica de los trabajadores y su educación política; lograr la supresión de las relaciones obrero-patronales en el APP; informar al Estado sobre prácticas de descapitalización o violación de la legislación laboral.

En función de lo anterior, la participación obrera no incluía todavía la toma de decisiones para el funcionamiento de las empresas. En este sentido, se concebía la participación de los trabajadores de un punto de vista más político, como proceso que se orienta al conjunto de la economía del Estado, que técnico-económico, es decir, orientada solamente a algunas unidades específicas de producción.

Este concepto será superado en la II Asamblea por la Unidad de los Trabajadores, celebrada en julio de 1981, en la que se definía que la participación tenía que ver tanto con la planificación o programación de la producción, como con el control obrero sobre el funcionamiento normal de las empresas y con los compromisos contraí

dos por los propios trabajadores y las administraciones, a fin de elevar la producción en base a metas bien definidas, en base a la organización científica del trabajo.

Por su parte, en el sector privado se consideraba que la participación debía fortalecer al movimiento sindical y reclamar la conciliación de clases.

En su vertiente práctica, la participación obrera en la gestión económico-productiva de las empresas se inició de una manera espontánea a finales de la fase insurreccional, y se fue institucionalizando progresivamente por las orientaciones del Estado y su acción normativa.

Actualmente, la institucionalización de la participación se desarrolla a través de los convenios colectivos de trabajo y mediante la ley de creación de las Empresas de la Reforma Agraria de 1981.

Los convenios colectivos incluyen cláusulas de participación en la gestión administrativa de la empresa; sin embargo, esta cláusula se da más en las empresas del APP que en el sector privado. Las cláusulas que se refieren a la participación sindical abarcan diferentes modalidades y niveles de intervención en áreas diversas de la empresa: disciplina laboral, administración de personal, evaluación del desenvolvimiento del proceso productivo, capacitación de la fuerza de trabajo, etc. En general los sindicatos han alcanzado participación en la elaboración del reglamento interno de trabajo, control sobre la contratación de nuevo personal y régimen de promociones, traslados y despidos; acceso a información y capacidad de consulta en materia de costos y metas; recursos para la capacitación técnica y profesional de sus afiliados (permisos, becas, subsidios y similares).

En cuanto a la vigilancia del proceso productivo y la participación en el funcio

namiento general de la empresa, se han atravesado diversas etapas. Inicialmente, tanto en las postrimerías de la lucha antisomocista como algunos meses después del triunfo, se desarrollaron igualmente en el agro, experiencias de autogestión obrera que finalizaron cuando el Estado interviene a través de la expropiación de las propiedades de los somocistas y sus allegados, y mediante el envío al campo de técnicos y administradores. Es decir, se pasa de la autogestión a la centralización del poder en manos del Estado. La creación de las Unidades de Producción Estatal (UPE), como base del APP, conllevó un fuerte enfrentamiento al interior de las mismas entre administración y técnicos, por un lado, y los obreros por el otro. El temor de los trabajadores de perder el control de la propiedad conquistada en la lucha antisomocista junto con las tradiciones heredadas en materia de administración (verticalismo, autoridad,...) por los técnicos y administradores, dió origen a estos enfrentamientos.

Las Asambleas de Reactivación Económica (ARE) constituyeron la primera modalidad participativa que se generalizó, a partir de 1980. Integradas por el personal de la empresa, la Junta Directiva del Sindicato, la dirección de la empresa y, eventualmente, por el ministro o viceministro correspondiente, en ellas se trataban cuestiones relacionadas con el proceso productivo de la empresa y de la problemática general de la economía del país, así como de la articulación entre ésta y aquella.

Los resultados prácticos de las asambleas fueron variables, y la experiencia demostró que la existencia de un sindicato fuerte, sólidamente implantado, era la condición necesaria para el desarrollo de un proceso realmente participativo.

En las ARE fueron frecuentes los enfrentamientos entre los obreros y la dirección dada la resistencia de ésta a facilitar al sindicato la información relativa al funcionamiento de la empresa, a la reproducción en el APP de los criterios de relación

obrero-patronal del sector privado, por la mala administración de los recursos, etc. Por otra parte, la escasa formación cultural y técnica de la clase trabajadora reveló que la participación debería instrumentarse a partir de los ámbitos inmediatos de trabajo: la sección o departamento.

Para continuar la experiencia de las ARE (que se celebraban una o dos veces en el ciclo productivo anual), surgieron las Asambleas de Producción Permanente como instrumentos de evaluación de las diferentes acciones de la empresa en torno al cumplimiento de las metas establecidas en la ARE; si bien en estas asambleas no se contemplaban aspectos relacionados con la gestión de la empresa.

Con el fin de superar las limitaciones de las ARE, se establecieron los consejos de Producción. En cada sección o departamento de la empresa se elegiría un representante y el conjunto de estos integrarían el consejo. Las funciones de éste consistían en discutir las metas productivas de la empresa; elaborar el reglamento interno de la empresa; definir medidas para mejorar las condiciones generales del trabajo y la seguridad ocupacional, etc.

Posteriormente y en base a la experiencia acumulada, los trabajadores fueron asumiendo funciones que hasta entonces eran privativas de la dirección de la empresa, como la disciplina laboral. Para ello se crearon los Comités de Disciplina o Comité Socio-laboral, que se encargaban de erradicar las actitudes de los obreros y técnicos que perjudicaran la marcha de la producción y la elevación de la productividad: ausentismo, negligencia, despilfarro, etc.

Esta modalidad se desarrolló por regla general, en las empresas cuyos sindicatos estuviesen afiliados a la CST y, concretamente, más en las empresas del APP que en las privadas.

Por su parte, la ley de creación de las Empresas de Reforma Agraria (ERA), estableció que cada ERA tendría un Consejo Consultivo, integrado por un representante de los trabajadores, el Director y los funcionarios que él considerase conveniente.

Competencias del Consejo eran, entre otras, revisar y avalar los planes técnico-económico y/o presupuestos anuales de la empresa, y revisar y avalar los cambios introducidos en los mismos

El hecho de que las ERA estaban constituidas por varias UPE, nivel donde se había desarrollado tradicionalmente la participación de los trabajadores mediante las antiguas Comunas Agrarias Sandinistas, llevó a dotar a cada UPE de su propio Consejo Consultivo, si bien es reducido el número de las mismas que cuentan con dicho cuerpo.

Para hacer frente a la dispersión de las UPE de una misma empresa se han constituido complejos de producción que agrupan varias UPE, como instancia intermedia entre las UPE y la dirección de la empresa.

Asimismo, las limitaciones de los Consejos Consultivos han determinado la creación de otros mecanismos que amplían la participación de los obreros. Uno de ellos es el Consejo Ampliado, que es una especie de asamblea a la que llegan delegados de todas las UPE y funcionarios de la empresa en todos sus niveles. Previamente a su celebración, se acostumbra en los complejos y UPE realizar los Consejos o Asambleas de Producción, de manera que la consulta a los trabajadores se amplía por la base. En el Consejo Ampliado, "el director preside la asamblea informando de los resultados de la actividad productiva de la empresa, de los proyectos a realizarse y los que están en marcha. Oído el informe, la asamblea discute su contenido, ratificándolo o no"¹

¹ Marvin Ortega, "La participación obrera en la gestión de las empresas agropecuarias del APP", en la revolución en Nicaragua, , op. cit. p. 236

Ultimamente la ATC ha venido organizando los Consejos Zonales de Trabajadores, constituidos por delegaciones de trabajadores tanto del APP como del sector privado, con el fin de discutir problemas que afectan a toda una zona, independientemente del régimen de propiedad de las fincas.

No obstante, todo lo anterior constituye tan sólo una faceta de la participación de los trabajadores en la gestión de la economía. El proceso de constitución del Estado revolucionario contempla también la participación de los sindicatos en diferentes instancias y dimensiones de su estructura, y en el diseño de las políticas respectivas. Así, en materia de política económica, la CST, ATC participan en varias instancias de elaboración y ejecución de las políticas respectivas, en general, con carácter consultivo: Comisión de Empleo y Nivel de Vida, las Comisiones sobre Higiene y Seguridad Ocupacional, las Comisiones Consultivas de Política Agropecuaria (algodón, café, ganadería, arroz, banano, azúcar, granos básicos); la ATC integra el Comité Nacional del Programa Alimentario Nacional y el Consejo Nacional de la Reforma Agraria; la Coordinación Sindical participa con el Ministerio del Trabajo en la elaboración y ejecución del plan de empleos de emergencia.

En estos niveles, el alcance y la eficacia de la participación sindical es desigual debido a la diferente receptividad que encuentran sus iniciativas en los diversos ámbitos del Estado.

Finalmente, hoy en día se considera que existe una gran relación entre la actitud patriótica y la actitud participativa, ya que "no se trata de estimular una gestión reglamentada y burocratizada, sino consciente, que reconozca la capacidad de los trabajadores y la necesidad de su participación para vencer en la batalla económica."¹

e) Participación popular en el control del mercado y el abastecimiento

En la lucha contra el acaparamiento y la especulación, el pueblo nicaraguense -

1 "Una participación organizada y consciente", Barricada 5 de mayo de 1986

- obreros, campesinos, vecinos - organizado controla las tareas de producción y distribución de productos de consumo popular. Junto con el Estado, planifica las medidas y políticas que afectan al acopio, distribución, regulación y control de precios. Algunas instancias a través de las cuales se viene ejerciendo este control son:

Asambleas de reactivación económica

Consejos consultivos

Consejos Ampliados

Comités de producción

Asambleas de producción

Control obrero en las empresas privadas

Cooperativas de producción

Cooperativas de crédito

Cooperativas de autodefensa

Brigadas de trabajo voluntario

Consejos de Comercio interior (define políticas de distribución y control de precios)

Comités de abastecimientos popular.¹

Ya se mencionó anteriormente que los Comités de Defensa Sandinista (CDS) son la organización de masas mayormente vinculada a las tareas de distribución de bienes básicos, que abarcan tanto la implementación como las tareas de diseño y organización de políticas.²

Otros OM asumen también un papel al respecto; así AMMLAE se vincula a problemas de desnutrición, identificando casos y asegurando su atención ya sea médica o por medio del programa de entrega de alimentos. La ATC y CST han promovido la apertura

¹ CIERA Lunes socioeconómico de Barricada, Managua, 1984, p. 245

² Ibidem (para mayores conocimientos del tema)

de comisariatos en los centros de trabajo. En ellos los trabajadores pueden comprar a precios oficiales y también a crédito. También la UNAG ha abierto centros de acopio intermedios.

La insurrección fué el comienzo de la participación popular pero también un modo que perpetuó las estrategias y tácticas de las OM y del FSLN. Quizá el más claro ejemplo de esta continuidad haya sido en el área del comercio y distribución de los alimentos.¹

f) Participación popular en el Estado

Las principales instancias de gestión democrática y popular en instituciones pertenecientes a la Administración Central del Estado, en las que participa alguna organización de masas son:

Consejo Nacional de Reforma Agraria

Comisiones Programáticas de Coordinación²

Comité Nacional por Rubro (algodón, café ...)

Comité Nacional del Programa Alimentario Nacional

Comité Nacional de Crédito

Jefatura de Defensa

Consejo Nacional de la Educación

Consejo Nacional Asesor de la Educación

Consejo Consultivo de la Dirección de los Centros de Educación Médica

Consejo de Cultura

Consejo de Salario y Nivel de Vida

Tribunales Populares Antisomocistas

Consejo Popular Nacional de Salud

¹ Peter Marchetti, "Agrarian Transformation and Popular participation in Nicaragua", Discussion paper January 1985, IDS, England, p. 25

² Para diferentes áreas de la producción y servicios. En estas instancias ha habido representación de los trabajadores de los barrios, de la juventud, las mujeres, los educadores, los profesionales, por medio de la Asociación de Trabajadores del Campo (ATC), UNAG, CST, CDS, Juventud Sandinista 19 de julio, AMNLAE, Asociac. nacional de Educadores de Nicaragua (ANDEN), Comisión Nacional de profesionales

g) Participación popular en el poder local.

La participación no se agota en el gobierno central, fábrica o cooperativa; se prolonga en todas las funciones, y en las regiones y barrios del país.¹

La Regionalización de Nicaragua ha supuesto la descentralización de las instituciones y las decisiones, permitiendo así una mayor participación del pueblo en el ejercicio del poder. Algunas instancias de participación local son:

- Consejo regional de reforma agraria
- Centros Populares de cultura regionales y locales
- Comité regional y local de crédito
- Jefaturas regionales y locales de defensa
- Zonales de desarrollo agropecuarias
- Zonales de dirección económica
- Juntas comunales
- Centros de educación popular
- Consejos Populares de Salud

2.5 La institucionalización del proceso revolucionario

La institucionalización de las nuevas relaciones sociales en Nicaragua y del gobierno del partido de la revolución se da en medio de una fuerte agresión externa, de una crisis económica, con una población que lucha ante problemas de supervivencia diarios y frente al despliegue propagandístico que tanto a nivel nacional como internacional impulsó la Administración Reagan sobre la "farsa electoral" en un intento de desprestigiar políticamente y hacer aparecer como ilegal y totalitaria la Revolución Popular Sandinista.

Los pasos seguidos para la institucionalización del proceso comprenden acciones tales como: la abolición de la Constitución Somocista, quedando sin embargo vigente

¹ En el apéndice No. 5 se incluye una breve relación de lo que son algunos ejemplos cotidianos de participación popular al margen de los canales institucionales citados.

el derecho remanente. Asimismo el 20 de julio de 1979 se decretó el Estatuto Fundamental y el 21 de julio del mismo, el Estatuto sobre Derechos y Garantías de los Nicaragüenses. Se promulgaron más de 1 400 leyes, entre ellas la ley de Partidos Políticos en Septiembre de 1983, que es la más pluralista de las que pueda recordarse en la historia de América Latina.

El 4 de noviembre de 1984, a cinco años del triunfo revolucionario y como se había anunciado por la JGRN en 1980, se celebran las elecciones en medio de las circunstancias anteriormente mencionadas y sin cesar las acciones de la contrarrevolución.

Los partidos que participaron en las elecciones para Presidente, Vicepresidente y diputados a la Asamblea Nacional fueron siete: Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN), el Partido Conservador Demócrata (PCD), el Partido Liberal Independiente (PLI), el Partido Popular Social Cristiano (PPSC), el Partido Comunista de Nicaragua, (PC de N), el Partido Socialista (PSN) y el Movimiento de Acción Popular Marxista Leninista (MAP-ML).

La Coordinadora Democrática Nicaragüense (CDN) se retiró poco antes del día señalado alegando haber sido marginada del proceso político en un intento de poner en entredicho el proceso electoral; no obstante participó en las reuniones del Diálogo Nacional celebrados antes y después de las elecciones en el que se debatieron temas sobre la problemática global del país con la participación de treinta y tres organizaciones: los siete partidos que presentaron listas más los partidos de la Coordinadora y otros minoritarios, los sindicatos tanto del FSLN como de la oposición, la UNAG, CONASEP (grupo empresarial que marca el ritmo de actuación política de la CDN) la iglesia, etc.

También se celebró la cumbre de Partidos Políticos en la que llegaron a acuerdos relativos a la unidad nacional y el futuro político pluralista del país.

La CDN, cuyo programa político no se diferenciaba mucho del de los Conservadores y Liberales Independientes que sí participaron, fue hecha ver por Reagan como la principal fuerza opositora y utilizó políticamente su retirada.

El Consejo Supremo Electoral, organismo pluralista fue quien organizó las elecciones y los escrutinios con independencia de los demás poderes del Estado.

La participación en los comicios fue del 75.4% de los ciudadanos inscritos (porcentaje superior a las medias de las democracias tradicionales y a las de E.U. desde 1960). La guerra y las movilizaciones que implica impidió a muchos ciudadanos votar. Así como 16 de los 3 892 juntas electorales en todo el país no pudieron abrir o funcionar con normalidad por el hostigamiento de los grupos contrarrevolucionarios.

El proceso de inscripción abarcó el 93% de la población estimada ya que no existen censos poblacionales; quedando sin inscribirse solo un 7%.

El FSLN obtuvo el 63% de los votos depositados¹ no habiendo casi diferencias entre los resultados para Presidente y los componentes de la Asamblea. El 31% de los votos restantes correspondieron a los seis partidos de la oposición inscritos: el 27% a los tres Partidos de Centro-Derecha (13% al PCD, 9% al PLI y 5% al PPSC) y el 4% restante a los tres partidos más a la izquierda del FSLN (1% al PC de N, 1% al PSN y 1% al MAP-ML).

Para la Asamblea Nacional el total de Escaños Proporcionales en la Asamblea Nacional constituyente según cada partido quedó de la siguiente manera.²

FSLN	61	PC de N	2	
PCD	14	PSN	2	
PLI	9	MAP-ML	2	Total
PPSC	6			96

¹ Instituto Histórico CentroAmericano, "Análisis de los resultados electorales" (I, II), Envío No. 13 Nicaragua 1985

² Ibidem

Sobre el total de votantes el FSLN obtuvo mayoría absoluta en 17 de los 18 departamentos o zonas, únicamente no la alcanzó en el departamento de Boaco, donde el PCD obtuvo sus mejores resultados. Pero sobre el total de votos válidos tuvo mayoría absoluta en todos los departamentos.

Los resultados electorales demostraron notable variedad en la conducta política de los nicaragüenses. Algo que llamó la atención fue el alto porcentaje que obtuvieron los conservadores, reflejando las estructuras pasadas que todavía tienen arraigo en la sociedad nicaragüense y al hecho quizás de algunos errores cometidos por la política del Frente respecto al campesinado.

Pero las elecciones no son el único medio de participación política del pueblo nicaragüense. Continuamente se van abriendo nuevos cauces para ejercer dicha participación como son: la progresiva autogestión de unidades productivas, la proliferación de organizaciones sectoriales del pueblo, la creciente cooperatización de la producción, un mayor debate ideológico aún con la guerra, ya analizados en el punto anterior.

Se puede concluir que la legitimidad del actual gobierno de Nicaragua se refuerza con las elecciones pero de ninguna manera se apoya en ellas.

La elección de una u otra opción partidaria no corresponde exclusivamente a la extracción de clase, encontrándose sectores populares que han votado por el PCD.

"Sostener que la alienación del pueblo es resultado de la necesidad económica sería insuficiente para orientar la lucha ideológica. La experiencia sandinista muestra que esta práctica política, la participación organizada y crecientemente autónoma de las masas en las tareas de Revolución, el principal determinante de la nueva conciencia en gestación. Una clara prueba de ello es esta elección que respalda al

FSLN en condiciones económicas adversas, donde para muchos sectores populares la mejora económica en términos de sus reivindicaciones históricas no ha sido aún experimentada más que parcialmente, por las condiciones heredadas y la crisis que golpea, junto con la agresión de esta sociedad."¹

Si bien las elecciones constituyeron un importante paso en el proceso de institucionalización del proceso revolucionario, éste requiere además de una consolidación institucional con arreglo a derecho. En este sentido, la institucionalización jurídica del nuevo Estado revolucionario, acorde con la nueva sociedad en ciernes, exigía una constitución, técnicamente bien hecha que sirviera a los objetivos principales que se pretenden alcanzar en la nueva sociedad.

La originalidad para la elaboración de esta nueva Constitución quizá haya consistido en el procedimiento seguido para el mismo; procedimiento que, como en otros muchos aspectos de la vida económica social y política nicaragüense, ha contado con una gran participación popular.

Elaborar la Nueva Constitución Política que regirá a Nicaragua los seis años siguientes a la celebración de las elecciones en 1984, representa una de las actividades fundamentales de la institucionalización revolucionaria, y que no se ha detenido a pesar de la guerra ni de la situación económica problemática que ha vivido el país en todo este tiempo.

Se inició mediante la realización de consultas a todos los sectores políticos y sociales del país, preparándose una consulta popular masiva a través de los cabildos abiertos y desembocando en la redacción de un proyecto de Constitución que desde Marzo de 1986 se está debatiendo en la Asamblea, con el fin último de que el 10 de Enero de 1987 sea proclamada la nueva Constitución de Nicaragua.

¹ J.L. Coraggio, "Elecciones: Interrogantes y desafíos", Pensamiento Propio, año II No. 19, NIES-CRIES, Nicaragua, 1984.

Como problemas fundamentales, la constitución se plantea: la definición conceptual del nuevo Estado Revolucionario (tema de extraordinaria polémica entre los partidos); la organización del Estado Revolucionario para la gestión encomendada; y acerca de los derechos fundamentales, individuales y políticos del pueblo nicaragüense.

En este sentido la Dirección Nacional del FSLN partió en la discusión de las premisas fundamentales ya recogidas en el Estatuto Fundamental de la República, el Estatuto de Derechos y Garantías, la Ley Electoral, la Ley de Partidos Políticos y la ley de Nacionalidad.¹

Sobre algunas de las ideas vertidas en la elaboración de la Constitución cabe resaltar: " que sepa incorporar los conceptos revolucionarios más profundos, que reflejen que el poder está en manos del pueblo (...), las ideas más avanzadas de los partidos que están representados (...) debe ser resultado de un consenso nacional (...). Debe contener lo más precioso, lo más enriquecedor, las conquistas y transformaciones principales logradas por el proceso revolucionario, y debe garantizar de una manera hegemónica y defender hasta la muerte la participación activa, dinámica y beligerante de las fuerzas fundamentales de la nueva Nicaragua (...). De lo que no se puede prescindir es de la participación de las fuerzas más beligerantes de la nueva Nicaragua, es decir, de los trabajadores, de los campesinos, de los jóvenes y de las mujeres, los dos primeros porque son las fuerzas motrices de la Revolución y los dos segundos, porque son los sectores más importantes y beligerantes de la nueva Nicaragua".²

Inmediatamente después de las elecciones, el Frente Sandinista convocó un Foro de Diálogo Nacional, al que asistieron 32 organizaciones del país, incluidos los partidos políticos hubieran participado o no en las elecciones. El Frente Sandinista

¹ CFr. Discurso del Comandante C. Núñez el 27/10/84

² Ibidem

definió como objetivo prioritario la defensa nacional.

Una Comisión Especial de estudios designada por el Presidente de la Asamblea, fue la encargada de redactar un proyecto de Constitución Política para ser debatido en un plazo no mayor de dos años. La composición de esta Comisión Especial refleja la proporcionalidad con que están representados en la Asamblea Nacional los 7 partidos que concurrieron a las elecciones (de 22 miembros que conformaban la Comisión, 12 pertenecían al FSLN, 3 al PCD, 2 para el PLI y 2 para el PPSC, 1 del PSN, 1 del PC de N y 1 del MAP-ML).

La Comisión se dividió en tres Sub-Comisiones de trabajo que fueron: la Sub-Comisión del Exterior, la de Consulta Nacional y la de Asuntos Constitucionales.

La Sub-Comisión de Consulta Nacional tuvo la tarea de escuchar los criterios de los partidos políticos (reglamentarios o no), de las organizaciones sindicales, gremiales, culturales, religiosas, etc. sobre la nueva Constitución. Estas consultas dieron lugar a un borrador de texto constitucional que fue presentado a sectores masivos de la población a través de los cabildos abiertos.

Cualquier organización pudo pedir audiencia. Las propuestas de los partidos y organizaciones se difundieron por los medios de comunicación y fueron publicadas internamente por la prensa. Hay que destacar la ausencia de solicitudes de audiencia por parte de los partidos de la Coordinadora, de la CNS, de instituciones ligadas a la iglesia católica.

En general hay una convergencia fundamental entre los siete partidos políticos en lo referente al no-alineamiento, la economía mixta y el pluralismo político.

La concepción del Estado diseñada es la de un Estado de derecho, democrático, unitario, representativo, organizado en Poder Ejecutivo, Legislativo, Judicial y una instancia de Poder Electoral. Aunque el criterio del FSLN es el de la democracia participativa, proponiendo la institucionalización de su programa original de 1979 y mantiene que el Estado debe ser libre, soberano o independiente.

El proyecto constitucional se basa en la democracia e incluye la participación de los partidos políticos y del pueblo en las gestiones del gobierno, y promueve la justicia social; da protección y promoción a los derechos políticos, sociales y económicos del pueblo, para que cada nicaragüense pueda vivir dignamente.

Más de la tercera parte de los 221 artículos del proyecto tratan de los derechos de los nicaragüenses, protegiendo la gama de derechos humanos reconocidos internacionalmente. El proyecto incorpora también las declaraciones de derechos humanos de la Organización de Naciones Unidas y la Organización de Estados Americanos

Estipula asimismo la obligación del Estado de promover la justicia, de quitar los obstáculos a la participación política o a la igualdad económica y de incentivar la distribución equitativa de los recursos y la renta del país.

El proyecto recoge las reivindicaciones históricas de las poblaciones indígenas y comunidades de la Costa Atlántica. Garantiza a las minorías de esta parte del país el derecho a preservar y desarrollar su propia cultura, a usar sus lenguas, y organizarse conforme a sus valores y tradiciones. Incorpora el concepto de Autonomía dentro del marco de la nación como principio para el desarrollo económico y social de la Costa Atlántica.¹

Con el triunfo de la Revolución y los años transcurridos ha surgido una nueva fuente de legitimidad de la convivencia ciudadana en Nicaragua, la dignificación -

¹ Centro de Comunicación Internacional, De las Elecciones a la Constitución... la consolidación de la democracia en Nicaragua, Managua, 1986

nacional fundada sobre una base de soberanía ejercida por la cooperación del Estado y el naciente poder de las organizaciones populares.¹ Pudiéndose decir que la "democracia participativa", expresa en términos políticos precisamente el núcleo de las nuevas fuentes de legitimidad de la sociedad nicaragüense.²

Desde Octubre de 1985 a Enero de 1986 se redactó el proyecto de la Constitución, siendo discutida y aprobada por la Comisión Especial Constitucional. Y en Febrero de 1986 se da a conocer el primer proyecto de la Constitución Política de Nicaragua, el 15 de Febrero de 1986 fue aprobado el anteproyecto de Constitución por la Asamblea.³

El proceso de discusión del Proyecto de Constitución siguió a través de los denominados Cabildos Abiertos (tradición política de los pueblos indígenas de Centroamérica, que posteriormente fue incorporada parcialmente por la Corona española al gobierno Colonial).

Celebrados estos del 18 de Mayo al 30 de Junio de 1986, han supuesto que cada sector de la población nicaragüense ha tenido la oportunidad de conocer, discutir y sobre todo, opinar acerca el primer proyecto de la Carta Magna. Y se ha reflejado, de esta manera, uno de los principios básicos de la revolución nicaragüense: la participación del pueblo en las decisiones claves sobre su futuro y su gobierno.

Los Cabildos tenían el objetivo de informar al pueblo sobre el proyecto constitucional y recibir sus aportes para ser plasmados en la versión final de la Carta Magna. Un proceso como "una gran escuela en la que pondremos a prueba la democracia participativa, que es el fundamento de la revolución".⁴

1 Cfr. Instituto Histórico Centroamericano "Hacia la nueva Constitución, Envío, año 4 No. 53, Nicaragua, Noviembre, 1985

2 Ibidem, p. 96

3 (El Nuevo Diario, 17 de Febrero de 1986)

4 palabras de Nathan Sevilla, representante ante la Asamblea y miembros del Comité Organizador de los Cabildos.

La situación desastrosa en lo económico provocada por la guerra que ha ocasionado un empobrecimiento, fatiga y malestar social en el pueblo de Nicaragua; junto con el hecho de coincidir temporalmente la celebración de los cabildos con los momentos de debate en el Congreso de los Estados Unidos acerca de la ayuda a la contrarrevolución, poniendo en juego la existencia del pueblo mismo, pudo haber hecho retroceder al FSLN ante el temor de ser utilizados los cabildos para aumentar el malestar popular. No obstante, asumiendo un reto tal, el FSLN prefirió continuar con la política de democracia participativa y en la firme decisión de no detener ninguna actividad programada.¹

De 75 Cabildos programados, se realizaron 73. Los dos faltantes fueron omitidos por medidas de seguridad ante posibles ataques contrarrevolucionarios. En ellos tomaron la palabra 2 500 personas y se calcula en 100 000 personas los que asistieron.²

Todo el pueblo estuvo representado y fueron programados cabildos para todos los sectores, regiones y zonas especiales. Así se celebraron cabildos de: Profesionales y técnicos, periodistas y trabajadores de la Cultura, Jóvenes y Maestros, Mujeres; Productores; Industriales; Comerciantes; Cristianos; Pequeños, Medianos y Grandes - Productores Agropecuarios; Ejército y Ministerio del Interior; Trabajadores de la Salud; Etnias ; Pescadores; Obreros Industriales y Agrícolas.

Los grandes temas de debate fueron: El pueblo como fuerza sobre la que descansa todo el poder; Democracia; Pluralismo Político; Economía Mixta; No alineamiento; Antiimperialismo; Latinoamericanismo; Anti-intervencionismo; Defensa de la Patria, Independencia Nacional; Veneración de los Héroes y Mártires.

Fueron especialmente relevantes por el calor de sus aportes los Cabildos de las mujeres y de los campesinos. Por hablar desde lo más duro de la agresión y la cercu

1 Cfr. Instituto Histórico Centroamericano "Un paso más: los cabildos abiertos" Envío, No. 62, Nicaragua, Agosto 1986.

2 Ibidem

ña de la muerte, los de los miembros del ejército. Por las contradicciones internas y por tratar temas de particular interés, el de los cristianos. Por ser la reforma agraria piedra angular de la transformación emprendida en Nicaragua, los cabildos de los campesinos y trabajadores agroindustriales...¹

Por la especial significación que representa para el objeto de estudio de la presente tesis, se ha considerado conveniente incluir una síntesis de los temas tratados en el Cabildo Abierto de los trabajadores de salud.²

Entre los muchos temas tratados caben destacar el del aborto y acerca de la honradez del funcionario público.

Se apuntan las siguientes sugerencias y peticiones:

- Que se regule el ejercicio de la profesión médica en el país ya que se trata de la profesión que más recursos económicos y materiales invierte la nación en su formación.
- Sanción a los culpables de pérdidas millonarias en alimentos y destrucción de vehículos del Estado.
- El derecho a que las Jornadas Populares de Salud, como victoria de un pueblo organizado, debe ser elevado a rango constitucional.
- Castigo para los médicos que negocian con la salud del pueblo cobrando consultas particulares en dólares.
- Demandan que el Estado garantice los servicios de salud al pueblo de manera integral y bajo las medidas necesarias; como la creación de una legislación sanitaria nacional. Esta demanda surgió cuando se denunció un caso que no permitía la entrada a su casa para fumigar, en la campaña de la lucha contra el dengue.
- Variaciones en la redacción de los artículos 93 y 94 (referentes a la salud como derecho y a Jornadas Populares respectivamente).

1 Ibidem, p. 56

2 Barricada, 14 de junio 1986.

- En el artículo 177 debe plasmarse que nuestras fuerzas armadas tienen que ser preparadas política e ideológicamente bajo los principios del Sandinismo.

2.6 Hacia la construcción del nuevo Estado

Desde julio de 1979 Nicaragua ha requerido de cambios profundos - la mayoría todavía en gestación y algunos apenas iniciados - para la construcción del nuevo Estado.

La victoria sandinista sobre el ejército somocista, columna vertebral del Estado, supone una ruptura con el aparato estatal de la dictadura. La creación de un nuevo Estado se convierte así en uno de los principales aspectos de la Revolución Sandinista.

Sin embargo, esta tarea es compleja y difícil, lenta y problemática, en la medida que exige la efectiva integración espacial del territorio; la creación de un aparato administrativo eficiente y económico; la institucionalización de un nuevo ejército; la creación de un poder judicial autónomo; el desarrollo de mecanismos ideológicos e institucionales de integración del conjunto de la población a un proyecto verdaderamente nacional.

En este proceso de construcción del nuevo Estado el FSLN ha venido orientando al Estado a través de los miembros de la Dirección Nacional que ocupan cargos en la Administración estatal, pero en ningún caso ha sustituido al Estado. Partiendo de la concepción que el FSLN mantiene acerca del Estado, como "un medio para hacer la Revolución, un instrumento de las fuerzas motrices del cambio"¹, la misión del FSLN ha venido consistiendo en asegurar que el Estado funcione, y para ello, el papel del Frente ha sido "conferirle una línea política, darle ojos para que se oriente, pero

1 F. Wheelock, "El FSLN conduce al Estado y jamás lo sustituye" en Habla la Dirección de la Vanguardia, departamento de propaganda y Educación Política del FSLN, Managua, 1981, p. 54

no atarle las manos y los pies porque de esa manera el Estado puede perder su carácter ejecutivo y el Partido también puede complicarse en su misión conductora".¹

Esta concepción teórica acerca de las relaciones entre el Estado y el partido revolucionario no ha sido tan fácil de aplicar en la práctica sobre todo debido a dos factores:

- a) En primer lugar, la apariencia externa que presenta la realización de tareas nacionales por un partido político, lo cual contribuye a que la oposición a la revolución trate de reducir el contenido, la naturaleza y los alcances nacionales de la constitución del nuevo Estado y, consiguientemente, adopte una posición de rechazo.
- b) En segundo lugar, la escasez de recursos de todo tipo que implica que estos deban ser compartidos por el Estado y el Frente. En este sentido es frecuente observar fenómenos como la circulación de cuadros entre uno y otro ámbito; la acumulación de funciones estatales y partidarios dentro de un mismo ámbito de actividad. Estos hechos pueden ser interpretados como una consecuencia del grado desigual de desarrollo alcanzado por las estructuras del FSLN y del nuevo aparato del Estado.²

Aparte de estos problemas sustanciales, se han venido presentando otros en aspectos administrativos. La permanencia de funcionarios del antiguo régimen en el nuevo aparato administrativo junto a la inexperiencia de muchos de los nuevos cargos, la premura en los procedimientos de dirección y control central, etc. ha ocasionado problemas de descoordinación en las propias instituciones estatales.

Por otra parte, "las prácticas administrativas deficientes, la falta de costum-

1 Ibidem, p. 55

2 Carlos M. Vilas, "Liberación nacional, democracia popular y transición al Socialismo", en La revolución en Nicaragua, op. cit. pp. 336-337

bre de trabajar con y para el pueblo y sus organizaciones, la ausencia de una voluntad de servicio, las distintas modalidades de pequeña y grande corrupción, oportunismo, arribismo y burocratismo, no podían erradicarse por decreto ni por medio de la fuerza." ¹

Todavía hoy siguen presentándose denuncias en las dependencias estatales por burocratismo, derroche, prepotencia, indisciplina laboral, uso indebido de los bienes del pueblo, pésima atención al público, negligencia administrativa, robo al Estado.² Estas acciones de denuncia son posibles en la medida que el pueblo tiene el poder de controlar al Estado, y a la misma predisposición de éste en lo que ha definido como "corrupción es contrarevolución".³

3. DE LA RECONSTRUCCION A LA ECONOMIA DE RESISTENCIA

3.1 La economía mixta

La grave situación económica en la que se encontraba Nicaragua tras el triunfo revolucionario, determinó que la principal tarea a realizar fuera la reconstrucción de la economía mediante la recuperación del sistema productivo y de sus bases materiales, pero, introduciéndose, a su vez, cambios en sus relaciones básicas y en su modo de funcionamiento.

La estrategia adoptada para conseguir este objetivo, ante la incapacidad del Estado para asumir en solitario el desarrollo de un proceso de acumulación económica y reconstrucción nacional, fue la adopción de un esquema de economía mixta, en la cual coexistieran diferentes formas de propiedad (estatal, cooperativa y privada) y en

1 M. Bernal Alvarado, "la transformación del Estado: problemas y perspectivas" en La revolución en Nicaragua, op. cit. p. 141

2 El Nuevo Diario, 30 abril 1985, Junio, 4,7,10,28 de 1985, Julio 6 y 26 de 1985; 16 Nov. 1985 Barricada 29 Mayo, 1985, Junio, 18,26 de 1985, 19 Agosto 1985; Sept. 10 y 13 de 1985, Octubre 7,20 de 1985; y 23 Marzo de 1986.

3 El Nuevo Diario 4 de junio de 1985

la que el sector estatal se convirtiese en el eje dinámico de la economía y de las transformaciones de la estructura económica así como de relaciones entre las clases.

Por otra parte, el modelo sandinista de transformación social y desarrollo económico se fundamenta en que no era posible socializar la totalidad de los medios de producción, dado el atraso y subdesarrollo propios de Nicaragua.¹ En consecuencia era ineludible contar con la actuación económica de la burguesía dentro de un proceso inversionista que contribuyera a la reactivación de la economía y, por tanto, de la sociedad.

Para la conformación del sector estatal, denominada Area de Propiedad del Pueblo (APP) la JGRN procedió, en primer lugar, a la confiscación de los bienes de la familia Somoza y de sus allegados, la afectación de algunas inversiones extranjeras -minería, sobre todo- y la nacionalización del sistema financiero y del comercio exterior. A través de estas disposiciones se incluyeron en el APP los bancos, compañías de ahorro y préstamo, las entidades financieras, las compañías de seguros, el acopio y consorcio exterior de los productos tradicionales de exportación (café, algodón, azúcar, carne), el sistema de pesca y de corte y procesamiento de madera, así como las propiedades somocistas en la industria textil, química y agroquímica, de materiales de construcción y metalmecánica, y en el transporte aéreo, marítimo y de superficie.

Una segunda etapa se inició en febrero de 1981, cuando se declaró la confiscación de aquellas empresas que incurrieran en procedimientos de descapitalización, de los bienes inmuebles y muebles, títulos, valores y acciones de propiedad de nicaragüenses que hicieran abandono irresponsable de los mismos ausentándose del país por más de seis meses sin causa justificada; la nacionalización de la distribución de azúcar, de las exportaciones de café soluble, ron, aguardiente, concentrados y esencias de licores, y varios productos químicos y de origen agropecuario. La adopción

1 En este sentido, Cfr. J. Wheelock, El gran desafío, Ed. Katún, México, 1984, pp. 101-102

de dichas medidas se produjo en un contexto de agudización de las presiones norteamericana y ante la evidencia de la débil respuesta empresarial a la política económica del Estado.

Una especial significación en la conformación del sector estatal y el sector cooperativo de la economía mixta, lo tuvo el proceso de Reforma Agraria que se ha venido desarrollando. En este proceso se han dado diferentes etapas:

1o. La nacionalización de las tierras de Somoza y sus allegados, que suponía el 20% de la superficie cultivable del país, que pasaron a engrosar el APP. En esta primera fase se optó por la estatización, a través de la creación de empresas estatales, pues se consideraba que dadas las características de producción de las tierras expropiadas -concentradas, tecnificadas- resultaba inconveniente entregarlas al campesinado. Se adoptó, pues, la vía de proletarización, aun a pesar de que muchas de estas fincas habían sido invadidas por campesinos, lo que provocó ciertas reticencias en los mismos al ver frustradas así sus esperanzas de acceder a la propiedad.

2o. La promulgación de la Ley de Reforma Agraria en febrero de 1981, replanteó la política agraria al establecer que la producción recaería en el desarrollo cooperativo y la propiedad estatal. A través de dicha ley se estipuló la afectación de tierras en el caso de que cumplieren dos requisitos: que la propiedad se encontrase abandonada, ociosa o débilmente explotada o que su extensión sobrepasara las 500 manzanas en el Pacífico y 1 000 en el resto del país.

Los objetivos que pretendía la ley eran:

- La creación de un sector cooperativizado mediante el traspaso a las cooperativas de grandes áreas de las propiedades latifundistas ociosas.

- Deteriorar el esquema rentista vigente mediante la reducción de los precios de alquiler de la tierra
- Disminuir las formas de explotación no capitalistas. (aparcería, colonato).

Dentro de esta política se pretendía según anunció el Ministro de Agricultura, Jaime Wheelock, en Diciembre de 1981, que el perfil social de la agricultura de transición se conformase de la siguiente manera: un 20 a 25% de la superficie en fincas del Area Estatal, 40 a 45% para el sector cooperativo y el resto para productores individuales de tipo campesino y capitalistas.¹

En cuanto al tipo de organización cooperativa promovida, existen dos tipos fundamentales: las cooperativas agrícolas sandinistas (CAS) y las cooperativas de crédito y servicios (CCS). Mientras que en estas se comparten los instrumentos de trabajo y se socializan la recepción del crédito, la asistencia técnica y demás servicios, pero la propiedad de la tierra sigue siendo individual; en la CAS, la tenencia de la tierra es del colectivo cooperativo.

A mediados de 1983 se impulsó un nuevo tipo de cooperativas en algunas regiones del país: las Cooperativas de Producción y Defensa, que tienen como finalidad garantizar la defensa de la zona y asegurar la continuidad de la producción.

Sin embargo, en la aplicación de la Reforma Agraria se han cometido algunos errores. En primer lugar, ya la UNAG había planteado la dificultad de organizar a los campesinos en cooperativas de producción a una escala masiva y que ésta, en todo caso, debía ser voluntaria, que "se debía dar al campesino la oportunidad de escoger la modalidad de acceso a la tierra y forma de organización productora, aunque implicara distribuir la tierra como propiedad privada".²

1 E. Baumeister, "Estructuras productivas y Reforma Agraria en Nicaragua", en R. Harris y C.M. Vilas (corp) La revolución en Nicaragua. México, Ed. Era 1985 p. 69

2 Tom de Wit, "Reflexiones sobre los cambios", Revista Pensamiento Propio No. 33, Mayo/junio, 1986, p. 10

Hay que tener en cuenta que, desde el punto de vista gubernamental, el diseño de la primera fase de la reforma agraria se había fundamentado en un análisis del desarrollo capitalista en el agro. Según este análisis, en Nicaragua ya se habían generado las "clases esenciales" y, por tanto, se debía proceder a la socialización del agro.¹ Esta visión ideológica contribuyó al surgimiento de varios problemas en el campo, especialmente a la relación del Estado revolucionario con el campesinado. Estos problemas son:

- La percepción del APP por parte del campesino sin tierra como un nuevo dueño, en función de la política de entrega de tierras al sector estatal.
- La imposición de nuevas formas organizativas de acceso a la tierra, quebrando las propias del campesinado y, por tanto, violando las bases materiales de la producción.
- El cuestionamiento que hace el Estado a la organización campesina como fuerza económica y social.
- La reducción de la mano de obra para la cosecha de los cultivos de exportación.

En 1983, se produce un replanteamiento de la política seguida, incrementándose grandemente el ritmo de entrega de tierras y actuándose con mayor flexibilidad. La intensificación de los problemas políticos y militares a partir de 1984, sobre todo en algunas regiones, exigían respuestas políticas hacia el campesinado. En este sentido, se procedió a la entrega de bienes a campesinos individuales a costa, incluso, de mermar al APP.²

1 Ver, en este sentido, Vera Gianotten, "cinco años de acercamiento", Revista Pensamiento Propio, No. 33 Mayo/junio 1986

2 Esta tendencia se mantendría en años posteriores y así en 1985, el 50% de las tierras entregadas a campesinos individuales, fueron cedidas por las empresas de Reforma Agraria; es decir procedían del APP (ver "el 'giro' de la Reforma Agraria", Cuadernos de el Socialista No. 3, Julio 1986, p. 11)

Durante 1984 y 1985 se aceleró el ritmo de entregas individuales, debido a las fuertes movilizaciones reivindicativas de los productores sin tierra - a menudo impulsados por la propia UNAG - y que llevaron a la invasión tanto de empresas estatales como de grandes fincas privadas en Masaya y Matagalpa. Mediante estas acciones el campesinado exigía del Estado revolucionario, el cumplimiento de las promesas históricas de Sandino y del FSLN sobre la tierra.

La preocupación política que suponía la falta de confianza en la revolución por parte del campesinado y que quebraba un fuerte sector de su base social, junto con el reconocimiento de que la producción campesina no era tan ineficiente como se pensaba, determinaron "el replanteamiento de algunos presupuestos del MIDINRA que privilegiaban grandes proyectos de alta tecnología importada, que entraron en crisis por falta de divisas. El Estado revisó también sus políticas respecto a la comercialización de la producción campesina y el abastecimiento de las zonas rurales, que había resultado insuficiente."¹

Además, a principios de 1986, se introdujeron varios cambios en la ley de Reforma Agraria, eliminando los límites anteriores establecidos en torno a la afectación de tierra en abandono, ociosas, deficientemente explotadas o en arriendo, introduciéndose un nuevo "factor de excepción", la utilidad pública o el interés social.

Como reflejo de la situación actual, después de seis años en la aplicación de la Reforma Agraria, se presenta una continuación los indicadores básicos de la reforma agraria, en cuanto a superficie afectada, beneficiados, así como el total de la superficie entregada según sectores de la economía mixta (ver Cuadros No. 8 y 9)

Desde 1979 casi 90 000 familias se han beneficiado de la Reforma Agraria. Dos tercios de ellas recibieron tierras por primera vez y el resto corresponde a titula

1 Vera Gianotten, op. cit., p. 8

C U A D R O No. 8

NICARAGUA: INDICADORES BASICOS DE LA REFORMA AGRARIA (1985)

Superficie agrícola total	8 073 000 Mzs.
Superficie total afectada	4 005 000 Mzs.
Porcentaje de superficie afectada por la reforma	50 %
Familias beneficiadas	86 565
Familias que demandan tierra (estimación)	50 000

Reproducido en Rev. Pensamiento Propio No. 30 Enero/Febrero 1986, p. 35

C U A D R O No. 9

SUPERFICIE ENTREGADA POR LA REFORMA AGRARIA (Miles de manzanas)

	1981-1984	1985 ²	TOTAL	%
Sector Estatal	1 500	-	1 500	38
Cooperativas	625	191	816	20
Titulación ¹	1 300	182	1 482	37
Individuales	50	157	207	5

Fuente: D.G.R.A. MIDINRA

1 Comprende la legislación de tenencia de hecho: precaristas, comunidades indígenas

2 Calculos realizados en octubre en base al plan de la DGRA.

Reproducido en Rev. Pensamiento Propio, No. 30 Enero/Febrero 1986 p. 36

ciones de parcelas que ocupaban previamente. Para 1986 se prevé entregar 179 mil 372 manzanas a cooperativas, y 172 mil 406 manzanas a propietarios individuales. Las cooperativas aportan 24% al consumo interno nacional.¹

1 Desiré Pallais, "Perspectivas y futuro de la Reforma Agraria", Barricada, 16 Julio 1986.

En cuanto al funcionamiento del modelo de economía mixta, si bien el APP es considerado por el FSLN como el eje dinámico de la economía y de sus transformaciones estructurales, su participación productiva directa es minoritaria en el conjunto de la economía, según se observa en el siguiente cuadro:

C U A D R O No. 10

PESO DE LAS DISTINTAS FORMAS DE PROPIEDAD POR SECTOR ECONOMICO
(Porcentaje de valor de producción)
1 9 8 2

	APP	P R I V A D O			T O T A L
		GRANDE	MEDIANO	PEQUEÑO	
Agricultura de exportación	24.0	37.3	21.7	17.0	100
Agricultura de mercado interno	15.7	14.7	8.1	61.5	100
Pecuaria	24.7	11.0	30.4	33.9	100
Agroindustria	28.0	63.9	5.7	2.4	100
Pesca	71.9	-	-	28.1	100
Industria manufacturera	31.3	32.5	22.0	14.2	100
Minería, energía y agua	100.0	-	-	-	100
T o t a l (sectores productivos)	37	25	18	20	100

Fuente: MIDINRA, Ministerio de Industria y MIPLAN
En la Revolución en Nicaragua, p. 92

Si se consideran en conjunto la producción de agroexportación, la agroindustria, la ganadería y la producción agrícola para el mercado interno, la APP produce tan solo un 20% del valor total de la producción agrícola, mientras que el gran capital privado -la gran burguesía - produce alrededor de un 25% del valor de la producción. Por su parte los productores privados medianos suponen cerca de un 20% del valor de

la producción y los pequeños productores representan más de una tercera parte del valor total de la producción agraria.

Por lo que respecta a la agroindustria, prácticamente el 64% del valor de la producción está en manos de los grandes propietarios, mientras que el sector estatal controla el 28%.

En términos de PIB, en 1982, todavía el 60% del mismo era producido por el sector privado nicaragüense¹. Y en agricultura y manufactura - los dos principales sectores productivos de la economía - los productores privados generaban el 79% y el 69% respectivamente del PIB.

En consecuencia, como afirma Carlos M. Vilas, "la imagen difundida (...) de un Estado omnipresente que se apodera de la actividad privada y la estrangula, es por lo tanto absolutamente falsa, la realidad demuestra que la empresa privada tiene - una presencia todavía mayoritaria en casi todos los rubros de la economía y que la acción del Estado revolucionario en este campo tiene lugar sobre todo por la vía indirecta del sistema financiero, la fijación de precios, el procesamiento agroindustrial, la comercialización, la legislación laboral y salarial"²

La revolución en todo caso, está interesada en seguir buscando la cooperación y el mantenimiento del sector privado en el desarrollo de la economía, especialmente en la agroexportación y en la industria de transformación. En este sentido, el gobierno revolucionario ha establecido mecanismos para la reproducción ampliada del sector principalmente, por la vía de la creación de infraestructura, la política de precios y crediticia, el tipo de cambio, etc. Concretamente, en materia de créditos, el sistema financiero nacional anticipa al sector privado entre el 80 y el 100% de sus costos de producción, lo que le permite operar con capital estatal a tasas de interés real negativas.³

1 Revista Pensamiento Propio No. 6 -7 "La economía mixta en la tierra de Sandino" Julio-Agosto 1983, p. 23

2 Carlos M. Vilas, Perfiles ... op. cit. p. 253

3 Carlos M. Vilas "Unidad nacional y contradicciones sociales en una economía mixta", Nicaragua 1979-1984, en la Revolución en Nicaragua, op. cit. p. 28

En todo caso el Estado Revolucionario no controla el capital por sus fuentes (medios de producción), sino a través de los mecanismos de circulación: los precios, el sistema financiero y las tasas de interés.¹

C U A D R O No. 11

NICARAGUA: EVOLUCION DE LA INVERSION 1977-1983
(Millones de córdobas de 1980)

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983 ^a
Inversión total	7008	2875	- 304	3493.3	5340.0	4399.0	4460.0
Inversión fija	6186	3436	1404	3032.2	4854.0	3920.0	3955.0
a) Privada	3139	1895	726	622.2	1093.1	796.7	711.9
b) Pública	3047	1541	678	2410.0	3760.9	3123.3	3243.1
Cambios de existencias	822	- 561	- 1572	461.1	486.0	479.0	505.0
Estructura porcentual de inversión fija							
Privada	51	55	52	21	24	27	18
Pública	49	45	48	79	76	73	82
T o t a l	100	100	100	100	100	100	100

a Estimaciones preliminares

Fuente: MIPLAN y elaboración propia, las cifras sobre inversión privada son estimadas en La Revolución en Nicaragua, op. cit. p. 28

La inversión privada, en el período analizado ha experimentado una gran retracción, siendo aproximadamente una tercera parte del nivel de 1977-78. Por su parte

1 Según J. Wheelock; G. Invernizzi y col., Sandinistas, Edit. Vanguardia, Managua, 1986, p. 77

el comportamiento inversionista del Estado ha cambiado radicalmente, pasando a representar el 80% de la inversión fija.

Esta actuación de la burguesía se debe a diversos factores que están interrelacionados (situación económica interna, crisis externa, ...), si bien es posible asimismo "plantear la hipótesis de que la revolución está creando un sistema socioeconómico que, a pesar que contempla un espacio amplio para la empresa capitalista, no es atractivo para el tipo de burguesía que efectivamente se desarrolló en el país. Mantiene los medios de producción pero las condiciones políticas introducen elementos de inseguridad en su presente y en sus evaluaciones del futuro (...). El discurso político dominante que enfatiza el contenido clasista del proceso -o al menos su horizonte- el auge del activismo sindical, desconcierta y asusta a una clase tradicionalmente acostumbrada a mandar y ser obedecida"¹

Como muestra de lo anterior, se reproduce a continuación la opinión de Enrique Bolaños, empresario, presidente del Consejo Superior de la Empresa Privada (COSEP), acerca de la participación del sector privado en la economía nicaragüense, en una entrevista concedida a la revista Pensamiento Propio:

"¿ Usted nunca ha visitado un zoológico? Entonces conoce cómo estamos ahora nosotros, los del sector privado. Somos como una especie rara, como unas piezas en un museo o en un zoológico. Somos comisarios en nuestras propias empresas. Solo podemos tomar decisiones administrativas, no gerenciales. El Estado manda, nos dicen qué, cuándo podemos producir, qué materias primas podemos utilizar y cómo podemos producir. Después nos dicen a quién podemos vender nuestros productos, a qué precio, cuánto vender y por qué vender".²

Mayor claridad, imposible.

1 Carlos M. Vilas, "unidad nacional ...", op. cit. p. 31

2 Revista Pensamiento Propio No. 19, "¿Qué elecciones? Entrevista a Enrique Bolaños", Diciembre 1984, p. 21

3.2 Transformaciones socio-económicas

El modelo sandinista de economía mixta ha producido transformaciones en la estructura económica nicaragüense y modo de funcionamiento. Fundamentalmente, se han introducido nuevas relaciones de producción en base al APP y la organización cooperativa que han alterado significativamente la estructura de tenencia de los medios de producción y en cierta medida, el perfil social, sobre todo, en el campo.

C U A D R O No. 12
EVOLUCION DE LA TENENCIA DE LA TIERRA
(en miles de manzanas)

	1 9 7 8		1 9 8 5	
	A R E A	%	A R E A	%
SECTOR PRIVADO	8,073.0	100	5,041.7	61
Superficie mayor de 200 Mzs.	4,231.0	52	1,777.5	20
De 50 a 199 Mzs.	2,431.0	30	2,391.0	30
De 10 a 49 Mzs.	1,241.0	16	560.5	7
De 9 y menos Mzs.	170.0	2	312.7	4
SECTOR COOPERATIVO	-	-	1,611.4	20
Cooperativas Agrícolas Sandinistas (CAS)	-	-	807.1	10
Cooperativas de Créditos y Servicios (CCS)	-	-	804.3	10
SECTOR ESTATAL	-	-	1,419.9	19
Area Propiedad del Pueblo (APP)	-	-	1,419.9	19
EL PAIS	8,073.0	100	8,073.0	100

Fuente: Dirección General de Reforma Agraria (DGRA), MIDINRA

Si comparamos la estructura de tenencia de la tierra, antes y después, de la Re-

volución (ver cuadro No.12) observamos que la gran propiedad agrícola se ha reducido casi dos terceras partes de su magnitud antes de la revolución. El APP se constituyó con el 70% de la tierra que perteneció a la burguesía terrateniente ineficiente, destinándose el 20% a la creación del sector cooperativo.!

Desde una perspectiva más global, puede analizarse el cambio experimentado en la estructura de la propiedad en Nicaragua según su participación en el PIB. El cuadro No.13 permite una comparación de la propoción del PIB generado por las siguientes formas de propiedad: estatal (APP), empresa privada (grande y mediana) y pequeña propiedad (cooperativas y pequeños productores)

En 1977, el Estado generaba únicamente el 11% del PIB, mientras que la gran propiedad privada el 67% y la pequeña producción el 22.6%. Cinco años más tarde, la situación se había invertido: el sector estatal había aumentado su participación al 39% del PIB, y la gran empresa privada la había reducido a un 31% mientras que la pequeña producción elevó su participación de un 22% a un 30%.

Las principales modificaciones, sin embargo, se han dado al interior de cada uno de estos sectores, y así, como se observa en el cuadro anterior, el sector estatal representaba, en 1982, el 21% del PIB en la agricultura, el 31% en manufactura, el 90% en minería y construcción y el 38% en servicios y comercio.

De todas maneras, los grandes y medianos productores privados siguen siendo mayoritarios en la agricultura y en la manufactura, ya que en ambos sectores representan más de la mitad del PIB.

Por último, en términos de composición de clases de la fuerza laboral, el Cuadro No. 14 constituye un indicador válido de la importancia relativa de las diferentes clases y formas de propiedad en la economía mixta de la Nicaragua revolucionaria.

C U A D R O No. 13

ESTRUCTURA DE LA PROPIEDAD EN NICARAGUA, 1977, 1980, 1982
(En porcentajes del PIB)

C O N C E P T O S	1977	1980	1982
Agropecuario ¹	22	22	24
Propiedad	100	100	100
APP	-	14	21
Privada (grande y mediana)	77	63	54
Pequeña producción y cooperativa	23	23	25
Manufacturas	22	25	24
Propiedad	100	100	100
APP	-	25	31
Privada (grande y mediana)	85	60	54
Pequeña Propiedad y artesanía	15	15	15
Otra Prod. Material ²	9	7	3
Propiedad	100	100	100
APP y Estatal ³	10	80	90
Privada (grande y mediana)	75	5	5
Pequeña Producción	15	15	5
Gobierno ⁴	5	10	9
Propiedad	100	100	100
Comercio y Servicios ⁵	42	36	40
Propiedad	100	100	100
APP y estatal ⁶	10	25	38
Privada (grande y mediana)	60	25	12
Pequeño comercio y servicios	30	50	50
TOTAL DEL PIB	100	100	100
Propiedad	100	100	100
C O N C E P T O S			
APP y estatal	11	34	39
Privada (grande y mediana)	67	38	31
Pequeña Producción y servicios	22	28	30
TOTAL PIB ⁷	29.353	21.892	23.420

1 Incluye los subsectores agricultura, pecuaria, silvicultura, caza y pesca

2 Se trata de construcción y minería

3 En el año 1977 no existía el APP. Sin embargo el gobierno somocista hacía inversiones en construcción a través del Estado.

4 Por definición el 100% de la propiedad es estatal en este sector

5 Incluye transporte y comunicaciones, banca y seguros, electricidad y agua, propiedad de vivienda y otros servicios.

6 En los servicios básicos el tipo de empresas que existen son públicas y no como las de APP

7 En millones de córdobas en 1980

Fuente: CEPAL, Centro de Investigaciones y Estudios para la Reforma Agraria (CIERA), Ministerio de Planificación (MIPLAN)

ELABORACION: Colectivo de Pensamiento Propio (No. 67, 1983, p. 25)

FUERZA LABORAL SEGUN CLASE SOCIAL Y ESTRUCTURA DE PROPIEDAD EN NICARAGUA 1980
(En Miles de personas y en porcentajes)

	P. E. A. A G R O P E C U A R I A					P. E. A. N O A G R O P E C U A R I A					P. E. A. T O T A L				
	APP	AP	PP	TOTAL	%	APP	AP	PP	TOTAL	%	APP	AP	PP	TOTAL	%
Propietarios1		40.3	125.9	166.2	39.5	-	1.7	45.1	46.8	9.6	-	42.0	171.0	213.0	23.5
Gran Burguesía2	-	1.9	-	1.9	0.4	-	0.3	-	0.3	0.1	-	2.2	-	2.2	0.2
Med. Burguesía3	-	38.4	-	38.4	9.1	-	1.4	-	1.4	0.3	-	39.8	-	39.8	4.4
Camp. Medios4	-	-	54.5	54.5	13.0	-	-	-	-	-	-	-	54.5	6.1	
P. Burguesía Propias5	-	-	71.4	71.4	17.0	-	-	45.1	45.1	9.2	-	-	116.5	116.5	12.8
No Propietarios6	78.0	101.0	74.8	253.8	60.5	128.3	112.8	200.1	441.2	90.4	206.3	213.8	274.9	299.0	76.5
P. Burguesía Asal7	2.0	2.0	-	4.0	1.0	63.2	24.4	-	87.6	18.0	65.2	26.4	-	91.6	10.1
Proletariado8	8.0	20.0	-	28.0	6.7	65.1	88.4	-	153.5	31.4	73.1	108.4	-	181.5	20.0
Semiproletariado9	68.0	79.0	2.3	149.3	35.5	-	-	79.7	79.7	16.3	68.0	79.0	82.0	229.0	25.2
Subproletariado10	-	-	72.5	72.5	17.3	-	-	120.4	120.4	24.7	-	-	192.9	192.9	21.2
Total P.E.A.11	78.0	141.3	200.7	420.0	100.0	128.3	114.5	245.2	488.0	100.0	206.3	255.8	445.9	908.0	100.0
Porcentajes12	18.6	33.6	47.8	100.0	-	26.3	23.5	50.2	100.0	-	22.7	28.0	49.3	100.0	-
Total PIB13	693	3117	1137	4947	22.6	6750	5202	4993	16945	77.4	7443	8319	6130	21892	100.0
Porcentajes	14.0	63.0	23.0	100.0	-	39.0	31.0	30.0	100.0	-	34.0	38.0	28.0	100.0	-
PIB Per-Cáp.15	888	22059	5665	11778	-	52611	46117	20223	34723	-	36131	32752	13683	24110	-
Índice16	3.7	91.5	23.5	48.9	-	218.2	191.3	83.9	144.0	-	149.9	139.8	56.8	100.0	-

1 Se refiere a los que poseen medios de producción.

2 Son los latifundistas y Gran Burguesía Agraria del campo, con más de 500 manzanas dedicadas a productos de consumo interno o más de 65 manzanas de café, o más de 200 manzanas de algodón, o más 1,000 manzanas de ganadería, con un promedio de 912 cabezas de ganado. En el sector no agropecuario se refiere a dueños de grandes empresas industriales y comerciales, con más de 100 trabajadores laborando en ellas.

3 La que posee de 50 a 500 manzanas de cultivo de productos de consumo interno, 15 a 65 manzanas de café, o 50 a 200 manzanas de algodón, o 200 a 1000 manzanas dedicadas a la ganadería, con un promedio de 311 cabezas de ganado. En el sector no agropecuario, se refiere a dueños de medianas empresas comerciales y de servicios.

4 Considerados como tales, los que tienen 10 a 50 manzanas de cultivo de productos de consumo interno, o 5 a 15 manzanas de café, o 5 a 50 manzanas de algodón, o 20 a 200 manzanas dedicadas a la ganadería, con un promedio de 72 cabezas de ganado.

5 En el agropecuario, se trata de trabajadores familiares no remunerados menor y profesionales independientes.

6 Se refiere a los que no poseen medios de producción.

7 Se trata de administradores y técnicos en la producción, el comercio y los servicios, incluyendo técnicos del Estado con ingresos mensuales superiores a los C\$1,250 córdobas en el año 1980.

8 Son los trabajadores agropecuarios permanentes, así como asalariados en la producción material no agropecuaria, el gobierno, el comercio y los servicios.

9 Son campesinos pobres que poseen de 0 a 10 manzanas de tierras en la producción de consumo interno o de 0 a 5 manzanas de café, o de 0 a 5 manzanas de algodón, o de 0 a 20 manzanas dedicadas a la ganadería, con un promedio de 17 cabezas de ganado. En el sector no agropecuario, se trata de trabajadores por cuenta propia y artesanos.

10 Se trata de trabajadores estacionales sin tierra, incluyendo el desempleo agrícola. En los sectores no agropecuarios, incluye a los empleados domésticos y desempleados.

11 La Población Económicamente Activa (PEA) es aquella que trabaja o busca empleo, normalmente mayor de 15 años y no menor de 64 años.

13 Se trata del producto Interno Bruto en Millones de Córdobas.

14 Es el porcentaje que cada forma de propiedad tiene en la generación del PIB.

15 Se trata del PIB dividido por la cantidad de trabajadores en cada forma de propiedad y expresado en córdobas.

16 Se toma como base el promedio por trabajador en la generación del PIB.

APP = Área de Propiedad del Pueblo.

AP = Área Privada.

PP = Área de Pequeña Producción y Cooperativas.

Fuente: CIERA, MIPLAN, Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos (INEC) y Programa Regional de Empleo para América Latina y el Caribe (PREALC).

ELABORACION: Colectivo de Pensamiento Propio

Extraído de Pensamiento Propio, "La economía mixta en la tierra de Sandino", No. 67, Nicaragua 1983 p. 27

Si bien los datos en él contenidos son aproximados ya que contabilizar las clases es algo muy difícil, dado que su concepto es dinámico, históricamente determinado, no obstante se puede tener una idea general sobre cuántas personas existen en cada categoría de ocupación.

Según dicho cuadro, en 1980, en Nicaragua, había una Fuerza laboral, una PEA, de 908 mil personas, de las cuales el 50%, aproximadamente, se dedicaba a actividades agropecuarias, estando desempleada no menos del 12% de la PEA.

Casi una cuarta parte de la PEA, el 23.5%, poseía sus propios medios de producción de entre lo cual, los latifundistas y Gran y Mediana Burguesía del campo y la ciudad suponían el 0.2%, es decir, 2 mil propietarios que concentraban el 13% de la tierra en el campo y el 60% de la producción industrial en la ciudad. No obstante, la aplicación de la Reforma Agraria ha introducido algunos cambios en esta estructura, especialmente, a partir de 1981.

Respecto a las clases que no tienen propiedades, tan sólo la quinta parte de la fuerza laboral eran proletarios propiamente dichos y si a éstos se le añade lo que se ha denominado Pequeña Burguesía Asalariada, la cifra no llega al 30%. Casi la mitad de la PEA nicaragüense son semiproletarios y subproletarios, sea, personas que combinan la venta de fuerza de trabajo con otras actividades o que simplemente no tienen empleo.

Finalmente, cabe resaltar que menos de la cuarta parte de la PEA trabaja en empresas del APP o en servicios del Estado. Por tanto, el sector privado es el principal empleador, ya que el 28% de la PEA labora en empresas privadas.

3.3 Evolución de las principales magnitudes macro-económicas

Al analizar el comportamiento y desenvolvimiento de la economía nicaragüense a

partir del triunfo revolucionario, es necesario tener como marco de referencia tanto la situación de partida como las diferentes vicisitudes, debidas a factores externos, por las que ha atravesado y actualmente, atraviesa.

Concretamente, hay que considerar el deterioro que sufría la economía en 1979 como consecuencia de la guerra contra el régimen somocista y que prácticamente dislocó la vida productiva del país ¹; así como las restricciones que ha debido enfrentar en el financiamiento externo, sobre todo, por parte de los organismos multilaterales de crédito y, especialmente, la situación producida con el embargo comercial decretado por el gobierno estadounidense a principios de 1985, que afectó a la cuarta parte del comercio exterior nicaragüense. Por último, el agravamiento de la guerra contrarevolucionaria, iniciada en 1983, y que con el apoyo decidido de los Estados Unidos, afecta de manera directa a la economía del país (el cincuenta por ciento del presupuesto nacional se dedica a los gastos de defensa).

Dentro de este contexto, el gobierno revolucionario inició la andadura en la reconstrucción del país dentro de una estrategia global de unidad nacional, economía mixta y no alineamiento internacional en el marco de un proceso democrático, popular y ant imperialista.

En aras a lograr la recuperación y la reactivación económica, la estrategia adoptada consistió desde los primeros momentos en considerar a la agroexportación como el eje dinámico de la acumulación, mediante el aprovechamiento y el fortalecimiento de la capacidad instalada en este sector. Además, esta estrategia se complementaría con la producción de alimentos básicos para cubrir las necesidades del mercado interno.

Para el desarrollo de dicha estrategia, se utilizarían los siguientes mecanismos:²

1 En este sentido ver L. Lozano, op. cit. pp 277-279

2 Carlos M. Vilas, "Liberación nacional, democracia popular y transición al socialismo", en La Revolución en Nicaragua, pp 337-341 y Carlos M. Vilas, "Nicaragua: guerra y economía", la Jornada semanal, 5 Enero 1986, p. 5

- 1) Transformación de las relaciones de propiedad y producción, mediante un modelo de economía mixta.
- 2) Desarrollo de las fuerzas productivas materiales, a través de un proceso de fuertes inversiones en capital y tecnología a cargo del Estado, pero con impacto reducido en la generación de empleos.
- 3) Reinserción significativa en el mercado internacional básicamente a través de diversificar las exportaciones agropecuarias y mediante la diversificación del comercio exterior.

Durante siete años de revolución, los resultados producidos han sido variados. En primer lugar, el ritmo de crecimiento de la economía ha sido lento. El PIB global creció de 1980 a 1984 un 3.3%, desacelerándose a partir de 1984, año en el que, igual que en 1985, tuvo un crecimiento negativo. En el cuadro No. 15 se muestran los principales indicadores globales de la economía nicaragüense en el período analizado.

Igualmente, el PIB per capita ha experimentado una considerable reducción (44%) si se compara con 1977.

Este comportamiento del PIB ha tenido lugar en un contexto de franco deterioro de las condiciones de inserción de la economía nicaragüense en el mercado mundial. Los ingresos en concepto de exportaciones no sólo se han mantenido por debajo de los niveles previos a 1979, sino que han ido cayendo paulatinamente debido a causas de naturaleza diversa:

- Disminución de los volúmenes de exportación, como consecuencia de la reducción de la superficie dedicada a los cultivos de exportación (sobre todo, por

C U A D R O No. 15

NICARAGUA: DATOS GLOBALES SOBRE LA ECONOMIA
PIB, EXPORTACIONES, BALANZA COMERCIAL Y DEUDA EXTERNA (1977-1986)

CONCEPTO. / AÑOS	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Total de crecimiento anual del PIB	8.4	-7.9	-26.5	4.6	5.4	-0.8	4.4	-1.4	-3.6	-
PIB INDICE per cápita	100	89	63	64	65	62	63	60	56	-
Exportaciones Millones US	637	646	616	450	508	408	429	385	297	250 ¹
Déficit Balanza Comercial	-68	93	227	-353	-414	-318	-349	-414	-545	-
Deuda externa	864	971	1348	1571	2163	2578	3778	4466	4775	5284
% de Intereses de la deuda Concepto Exportaciones	7.8	9.3	9.7	19.9	23.8	35.3	14.6	13.1	15.3	38.9

1 Según el discurso del Presidente Daniel Ortega el 21 de Febrero de 1986

2 Incluye pago de intereses de la deuda a corto plazo

Fuente: INCE, Banco Central, MIPLAN

ELABORACION: Cuadernos de El Socialista No. 3, p. 8

el retraimiento productivo de la gran empresa capitalista)

- Deterioro del intercambio externo, ya que los precios internacionales de las exportaciones han seguido una tendencia a la baja durante el periodo, reforzando así el efecto de la reducción del volumen exportado.
- Impacto de la guerra en diferentes rubros de exportación (café, minería, explotación forestal y pesca)

Aun cuando el régimen revolucionario ha seguido una estrategia de restricción a la importación de bienes no esenciales, el valor total de las exportaciones ha

venido representando poco más de la mitad del valor de las importaciones, salvo para el año de 1985, en el que apenas cubre el 35% de las mismas.

Ello ha significado que durante este periodo la balanza comercial ha acumulado saldos negativos por 2.393 millones de dólares. Nicaragua ha diversificado asimismo su comercio exterior, tanto las exportaciones como las importaciones, destacando la importancia adquirida en sus relaciones con los países socialistas (para mayor detalle ver Cuadro No. 51 en Anexos)

El fuerte déficit comercial ha presionado sobre el endeudamiento exterior, que ha ido aumentando progresivamente llegando en 1986 a más de 5 000 millones de dólares. A este respecto la cooperación financiera externa representó un papel importante durante los primeros años. Sin embargo, en los años recientes de este aporte externo se redujo considerablemente, cambiando incluso su calidad: el financiamiento se ha hecho progresivamente menor y más duro. En esta situación, ha intervenido directamente el gobierno norteamericano en base a la presión ejercida sobre los organismos crediticios multilaterales (los créditos provenientes de estos representaban en 1979 el 78% del financiamiento externo total, mientras que a finales de 1983 tan solo suponían el 11%). (con relación a la procedencia de los préstamos y donaciones concedidas a Nicaragua, ver para más información Cuadro No.52 en ANEXOS).

La cuantía del financiamiento externo recibido explica una parte del crecimiento económico observado en los primeros años. Pero, sin embargo, la realidad muestra que el ahorro interno ha sido un componente fundamental en el proceso de desarrollo económico.¹

Como consecuencia del incremento de la deuda externa, han aumentado los pagos

1 En este sentido, ver Carlos M. Vilas, "Unidad nacional ...", op. cit. pp36-37

en concepto de servicios de la deuda. Para 1986, se calcula que solamente el pago de intereses de la deuda externa equivaldría casi al 40% de las exportaciones.

El panorama general expuesto ha tenido graves repercusiones en el nivel de vida del pueblo nicaragüense. En el aspecto del consumo, mientras que el consumo público (gobierno general, servicios sociales, etc.) ha tenido un comportamiento dinámico, llegando a representar en 1982 el 25% del PIB, el consumo privado y, concretamente, el consumo básico ha mantenido su nivel histórico real. Sin embargo, algunos estudios parciales sobre la distribución del ingreso familiar urbano indican que las familias perceptivas de ingresos bajos y medios han visto deteriorarse su situación.¹

En este sentido, la evolución de los salarios nominales ha sido lenta desde 1981, si se compara con el rápido y vertiginoso crecimiento del nivel general de precios. Entre 1980 y 1983 el índice general de precios al consumidor creció casi un 110%², mientras que en 1983 y 1984 la tasa de inflación alcanzó en ambos años el 100%³ y en 1985, el 200%, si bien en medios extraoficiales se calculaba un 500%⁴. Esto ha traído como consecuencia una caída continuada de los salarios reales de los trabajadores.

Entre 1980 y 1983, el salario mínimo se había reducido en casi un 40%.

Para compensar la pérdida de la capacidad adquisitiva de los salarios, el gobierno recurrió a formas no salariales de respuesta a fin de evitar una presión monetaria excesiva sobre la menguada capacidad de oferta del aparato productivo y de las importaciones. A través de lo que se denominó en los primeros momentos sala-

1 Carlos M. Vilas, "unidad nacional"... op. cit. p. 38

2 Ibidem p. 38

3. La economía de supervivencia desafía los planes norteamericanos" Revista Envío No. 52, Octubre 1985, p. 5b

4 O. Enrique Ornelas, "Ajustes en la economía de resistencia", Revista Panorama de Centroamérica y el Caribe No. 9, mayo-junio 1986, p.11

rio social (subsidios a los precios de bienes de consumo básicos, transporte, etc.) se pretendió satisfacer las demandas más acuciantes de las masas sin expandir excesivamente el circulante, tratando de evitar así presiones inflacionarias. Esta política se complementó con el incremento del gasto social (inversión pública en salud, educación ...).

El aumento de los gastos estatales han conllevado por otra parte, la existencia de un déficit público, que se ha ido incrementando paulatinamente y que se ha financiado con la emisión de papel moneda sin respaldo económico, lo que a su vez presiona sobre la inflación. Los débiles ingresos del Estado provienen en su mayor parte de los impuestos (80% del total de ingresos en 1982). Los impuestos recaudados son en su mayoría impuestos indirectos. Así en 1982, del total de impuestos percibidos, el 77.4% son indirectos (según datos del Ministerio de Finanzas y el INEC). Es decir, la estructura tributaria es claramente regresiva.

El deterioro de las condiciones de vida de los trabajadores,¹ está produciendo un proceso de desproletarización de la fuerza de trabajo, sobre todo, en el medio urbano. En las ciudades, las encuestas del INCE estarían revelando, a partir de 1982 una reducción relativamente rápida de la cantidad de obreros y jornaleros, y un aumento paralelo de los trabajadores por cuenta propia. El 32% de la PEA urbana de Nicaragua está ocupada en el comercio (unas 95000 personas) y de ellas el 85% se encuentra en el llamado sector informal.²

En los actuales momentos, la situación económica es crítica. En 1985 se agudizó la crisis económica, agravándose el desequilibrio externo, registrándose caídas de

1 Según apareció en Barricada (25 de Agosto y 23 de Noviembre de 1985), el salario mínimo urbano actual alcanza para financiar apenas el 9% del costo total de la canasta básica y en el campo, este salario solo permite adquirir el 8.5% del valor total. Para contar con los ingresos que permitan adquirir los 34 productos de la canasta básica, tienen que trabajar 2.5 personas por familiar

2 Carlos M. Vilas, "Unidad nacional ...", op. cit. 44

la producción material y de la productividad del trabajo, y se incrementó el gasto no productivo destinado a sostener la guerra defensiva frente a la agresión contra revolucionaria. La economía nicaragüense apenas logró reproducirse, ya que el crecimiento fue negativo.

De lo anterior cabe destacar que los niveles de producción obtenidos fueron inferiores a los del año 1984. Si bien el sector agropecuario, en general, mantuvo la producción; la producción industrial cayó un 7.8% debido, fundamentalmente, a la baja en la productividad del trabajo, resultado de la inestabilidad laboral y de la falta de disciplina, originadas ambas por la falta de estímulos reales que ofrece el régimen de asalariado, frente a las ganancias mucho mayores que ofrece cualquier otra actividad en el campo de los servicios. En este sentido, el sector informal siguió creciendo, llegando a integrar a más de la mitad de la PEA¹.

El gobierno sandinista ha bautizado el año de 1986 como el de la economía de resistencia. Los objetivos económicos previstos son los mismos que para 1985:

- Elevar la producción para el consumo interno, lo cual es bastante difícil a corto plazo mientras dure la agresión y no se renueve el parque productivo.
- Recuperar la producción agropecuaria destinada a la exportación.
- Controlar el déficit público, en base a la reducción de programas de educación y salud, y restringiendo las inversiones, dirigiéndolas tan sólo al mantenimiento de la capacidad instalada.
- Mayor participación de los trabajadores (mayor productividad, eficiencia, disciplina), con una actitud más activa y no sólo colaboracionista.
- Mejorar cualitativamente el abastecimiento.

¹ "Contadora y crisis económica: Nicaragua va abriendo nuevos espacios de maniobra," Revista Envío No. 57, Marzo, 1986

Estos objetivos, contenidos en el Plan Técnico Económico para 1986, suponen la definición de una nueva política económica, que viene a confirmar la gran capacidad del gobierno sandinista de dar virajes profundos en materia de política económica. Dentro de los principios que inspiran la Revolución Popular Sandinista "no hay compromisos de principio con líneas determinadas de política económica o con cursos de acción esperada. Si un camino no sirve, se cambia de camino."¹

Hay que tener en cuenta que, en estos momentos, Nicaragua vive una lógica de economía de guerra y no economía mixta, según afirma Xavier Gorostiaga, asesor económico del gobierno. Actualmente, el 50% del PIB es producido por el Estado, lo que indica que tanto en la industria como en la agricultura ha avanzado la estatización en relación a 1984, cuando el sector privado generaba el 60% del PIB.² Por otra parte, la guerra de agresión se ha intensificado y es apoyada abiertamente por la Administración Reagan tras la aprobación de los cien millones de dólares de ayuda a la contrarrevolución.

1 Carlos M. Vilas, "Nicaragua: guerra y economía", op. cit. p. 5

2 Cuadernos de El Socialista No. 3, op. cit. p. 9

4. LOS INTENTOS CONTRAHEGEMONICOS

4.1 El fracaso del proyecto político burgués

Los años transcurridos desde el triunfo de la Revolución Sandinista muestran tanto el escaso interés como las dificultades de distintos sectores de la burguesía en aceptar el papel subordinado que el desarrollo objetivo del proceso les ha adjudicado.

Desde su participación inicial en la elaboración del programa de Gobierno de la JGRN, así como en ésta, la burguesía trató de aprovechar su inserción institucional en el nuevo Estado y sus relaciones internacionales, para imponer un proyecto político que ya había sido rechazado por la mayoría de la población durante la fase final de la lucha antisomocista.

Las posibilidades de éxito en la imposición del proyecto eran muy escasas, sobre todo, si tenemos en cuenta que la burguesía ingresaba a la nueva etapa como una clase políticamente desorganizada y, principalmente, desarmada. Su extremada defensa de la Guardia Nacional hasta el último momento era el medio para incorporar al nuevo régimen su poder armado de clase. Sin embargo, la disolución de la Guardia Nacional y la creación del EPS dejó a la burguesía desprovista de poder militar.

Aun en esta situación, los representantes de la burguesía - el Movimiento Democrático Nicaragüense y otros partidos menores; el COSEP en el ámbito gremial - han venido manteniendo un enfrentamiento progresivo a la Revolución y desarrollando al mismo tiempo una fuerte ofensiva ideológica, al vivir el avance del proyecto revolucionario como una traición de supuestos acuerdos originarios y una desvirtuación del verdadero carácter de la Revolución.

Estos son básicamente los argumentos principales de la oposición burguesa y, en cierto modo, la justificación de la evolución de algunos de sus miembros hacia la contrarrevolución abierta y del apoyo y disculpa a las agresiones norteamericanas.

La trayectoria seguida por la burguesía en esta actitud beligerante se inicia prácticamente a los tres meses del triunfo revolucionario, cuando el COSEP envía en Noviembre de 1979 un documento a la JGRN en el que plantea sus quejas a la Revolución: la presencia de las organizaciones de masas en una pluralidad de aspectos de la vida nacional y particularmente, de los CDS; la falta de exacta definición del alcance del APP y de las atribuciones del Estado; marginación del sector privado; la reducida operatividad del poder judicial.¹

A finales de ese mismo año, se produce una drástica reestructuración de la JGRN con la salida de varios representantes de la burguesía y la acentuación de la influencia sandinista en su seno. La participación institucional de la burguesía queda reducida al mínimo, y prácticamente se reduce a la presencia de Alfonso Roberto (presidente del MDN, dirigente empresarial y gran capitalista) y Violeta Chamorro (Vda. de P. Joaquín Chamorro, director de la Prensa) en la JGRN, así como algunos técnicos y profesionales captados por el FSLN.

Ante esta derrota, la burguesía inició la batalla por el control del Consejo de Estado.

Como cuerpo colegislativo, el Consejo de Estado debía originariamente estar integrado por treinta y tres representantes de diferentes organizaciones políticas y sociales que habían participado en el derrocamiento de la dictadura. Sin embargo, la desaparición de algunas de ellas como el surgimiento de otras nuevas, exigió la ampliación del organismo a cuarenta y siete miembros. Respecto a la composición -

1 Carlos M. Vilas, Perfiles ... op., cit. p. 243

del mismo, se originó un fuerte enfrentamiento el cual agudizó el deslizamiento de la señora Chamorro y Robelo hacia la oposición. La renuncia de estos en abril de 1980 buscaba la creación de una crisis política mediante la suposición de que su discusión provocaría una renuncia masiva de los funcionarios pertenecientes al MDN que trabajaban en las Instituciones del Estado, dejando a éste en una situación de orfandad técnica.

No obstante, el efecto producido fue mínimo, pues para entonces el FSLN ya mantenía una política de aproximación y alianza con estos sectores.

Las vacantes de la JGRN fueron ocupadas rápidamente con la incorporación de Rafael Córdoba y Arturo Cruz, ambos del Partido Conservador Demócrata (PCD) y se aseguró al mismo tiempo la participación del COSEP al Consejo de Estado.

La burguesía, como fuerza política, fue minoritaria en el Consejo de Estado, y lo utilizó básicamente como una tribuna de propaganda de sus propias posiciones. Simultáneamente derivó hacia el plano ideológico sus ataques al proyecto sandinista (propiedad privada, papel de los organismos de masas) e inició una aproximación hacia la jerarquía de la Iglesia Católica, que con el tiempo llegaría a convertirse en el principal partido político de la burguesía.

Dentro de este proceso comienzan a diferenciarse determinadas posiciones que optan por la vía armada como medio de enfrentarse a la Revolución. Para el mismo tiempo (noviembre de 1980), los miembros del bloque opositor burgués deciden retirarse conjuntamente del Consejo de Estado.

Con la nueva administración norteamericana encabezada por Ronald Reagan, el enfrentamiento de la burguesía será más fuerte y se complementará con el incremento de la actividad contrarrevolucionaria de los exguardias somocistas y la política de-

sestabilizadora e intervencionista de los Estados Unidos.

La incorporación del máximo dirigente del MDN, Alfonso Robelo, a las fuerzas contrarrevolucionarias y la situación de división interna que vivía el partido, provocaron la desaparición del mismo, quedando la burguesía nicaragüense privada, una vez más, de expresión política propia.

En todos estos enfrentamientos, el FSLN y el gobierno revolucionario han tratado de actuar, en general, con moderación con el fin de evitar rupturas irreversibles y los puntos de no retorno. No hay que olvidar que, en definitiva, se enfrentan dos concepciones opuestas de unidad nacional: una, de carácter revolucionario, en torno a la hegemonía política sandinista y apoyada en la primacía de las clases populares, concediendo a la burguesía un espacio socioeconómico subordinado a aquella hegemonía; y otra, la unidad nacional concebida en base a la hegemonía de las fracciones nosomocistas de la burguesía, en función de un proyecto que las reproduce como clase dominante y reitera, por consiguiente, la subordinación política de los sectores populares.

En la medida que se ha ido acrecentando la contrarrevolución, se ha reformulado el esquema original de la unidad nacional. La burguesía ha quedado prácticamente en medio de un campo de fuerzas muy polarizadas. De un lado, el proyecto revolucionario, con sus organismos de masas, su Ejército Popular, su discurso genéricamente clasista, su apertura hacia los países socialistas y los movimientos de liberación nacional, su unidad nacional con hegemonía popular, que le plantea demandas y desafíos que hasta el momento no han podido o querido satisfacer.

Del otro lado, la contrarrevolución: una opción que posiblemente es excesiva todavía para la subjetividad demoburguesa de gran parte de la burguesía, pero a la cual se aproxima objetivamente su comportamiento en la economía.

En la actualidad, el objetivo central de la estrategia revolucionaria en lo que toca a las relaciones entre revolución y burguesía es mantener a ésta alejada de la contrarrevolución. Es decir, "se privilegian consideraciones de tipo político por encima de los resultados económicos. Por consiguiente la economía deja de ser, paulatinamente, uno de los ámbitos donde se mide el comportamiento patriótico de los grandes empresarios, su pertenencia efectiva al campo nacional, para convertirse cada vez más en un estímulo a dicho comportamiento".¹

Desde esta perspectiva ha de entenderse la política mantenida por el gobierno sandinista en materia de estímulos económicos a los grandes productores privados. Dichos estímulos (incentivos en dólares, fundamentalmente) responden o buscan más bien un comportamiento político que un comportamiento inversionista. La nueva estrategia de unidad nacional exige unificar al conjunto más amplio posible de clases y fracciones en torno a la defensa de la soberanía nacional. De ahí el interés de la Revolución por mantener a los grandes productores de su lado.

Finalmente, y a fin de caracterizar los grandes productores privados de Nicaragua, éstos se pueden dividir en tres subgrupos:²

- 1) Burguesía patriótica: han invertido y participado activamente en la nueva economía mixta, ya sea por convicciones personales o porque apoyan políticamente al régimen sandinista.
- 2) El grupo más numeroso, compuesto por capitalistas que no han decidido si deben participar activamente en la economía mixta y que tienden a mantener un nivel mínimo de producción.
- 3) El grupo que se opone al régimen sandinista y se puede considerar como contra

1 Carlos M. Vilas, "Unidad nacional ..." op. cit. p. 33

2 Envío, junio 1983, p. 21, citado por Richard L. Harris "Propiedad social y propiedad privada en Nicaragua, Cuadernos Políticos No. 40 Abril-Junio, 1984, p. 56

revolucionarios. Son los más politizados y controlan el COSEP. Este grupo tiene conexiones políticas con el gobierno de Reagan y con las fuerzas conservadora económicas y políticas en toda Centroamérica.

4.2 La agresión contrarrevolucionaria

Si a nivel interno se ha analizado en el punto anterior el comportamiento de las fuerzas que se oponen al proceso revolucionario, resulta necesario considerar el efecto que, para la consolidación de la nueva hegemonía popular tiene la correlación de fuerzas imperantes en el plano internacional, donde el imperialismo manifiesta su carácter hegemónico frente a los otros sistemas existentes, hecho que actúa como determinante del consenso interno requerido para la construcción de la nueva hegemonía. Concretamente, la actuación de los Estados Unidos de América con su política de agresión a Nicaragua constituye una importante limitación para el desarrollo del proceso revolucionario, sobre todo, en lo que a su base material se refiere.

De 1979 a 1983, la contrarrevolución, constituida en pequeños grupos armados, no representa amenaza alguna al gobierno sandinista. Es en 1983 cuando la agresión adquiere el carácter de una guerra irregular a gran escala con la intencionalidad estratégica de minar la economía nicaragüense. En esta fecha, la contrarrevolución "incorpora elementos de carácter más político a sus planes. Se infiltra en territorio nicaragüense realizando acciones diversionistas, secuestros, emboscadas y ataques a objetivos civiles y económicos",¹ y se recupera el sentido político de la guerra, fortaleciendo la concepción de que la defensa requiere acciones socioeconómicas para consolidar políticamente las fuerzas de la revolución.²

1 La Contrarrevolución: Desarrollo y Consecuencias, Datos básicos 1980-1985
Centro de comunicación Internacional, Managua, N., 1985 p. 8

2 Raúl Vergara, "El pueblo y la defensa", Rev. Perisamiento propio No. 34, Julio 1986.

En 1982 habían entrado a formar parte de la defensa los Batallones de Infantería de Reserva (BIR), unidades básicas compuestas por milicianos voluntarios que son movilizados durante seis meses y cuyos integrantes provienen la mayoría del sector productivo. En 1983 se proclama la ley del Servicio Militar Patriótico (SMP) obligatorio durante dos años para jóvenes de 17 a 25 años. Existen además como parte del sistema de defensa los Batallones de Lucha Irregular (BLI), las unidades Permanentes Territoriales en cada zona, las Unidades Especiales de Lucha Contra Insurgente y el Servicio Militar de Reserva (SMR) creado en 1985-conformado por población masculina de 25 a 40 años que es movilizada para instrucción durante treinta días al año - cuando la contrarevolución desarrolló el plan "año de la ofensiva final".

Cuando Washington reconoce que una victoria militar de la contrarevolución no es factible a corto plazo; la agresión toma el objetivo de desgastar la economía y de minar la base social de la rev. sandinista.¹ Desde 1983 el costo económico de la agresión sube vertiginosamente, golpeando tanto la producción como el nivel de vida del pueblo.

El impacto más directo sobre la economía- niveles nacionales de producción, inversión y consumo- se da en las pérdidas en la producción primaria, aún más que en la destrucción de los acervos de capital. Hay un colapso de la silvicultura, la pesca y las minas, por estar estas riquezas en zonas de guerra.²

Los efectos directos de la agresión se cuantifican en: las pérdidas directas de exportación por falta de producción en ramas como café, madera, oro, pesca, etc.. El incremento de importaciones por falta de producción nacional de granos, etc.. Las pérdidas de acervos de capital por la obstrucción de plantas, edificios, existencias, incluyendo obstrucción o daño a una importante proporción de la infraes-

1 "El Costo Económico de la Guerra de Agresión". Envío año 4 No. 5, Instituto Histórico Centroamericano, Sept. 1985.

2 Ibidem

estructura económica del país, puentes, puertos, graneros, depósitos de agua y perfiles, centrales de energía eléctrica, etc. Y el desvío de recursos de desarrollo a fines de defensa.

El impacto sobre el producto interno de la economía es debido a la pérdida directa de producción, sobre todo en el sector primario y a la reducción en la actividad productiva por falta de divisas.

En 1984, la producción secundaria hubiera sido un 10% mayor sin la agresión norteamericana; la exportación un 33% mayor, permitiendo unas importaciones 6% mayores y el pago completo del servicio de la deuda. Asimismo habría permitido un crecimiento anual del PIB en un 6%, superando el 2% experimentado¹. El déficit fiscal respecto al PIB en 1985 hubiera sido aproximadamente la tercera parte de lo que fue como muestra el cuadro siguiente:

C U A D R O No. 16
DEFICIT FISCAL E INFLACION

	1981	1982	1983	1984	1985
Déficit fiscal como proporción del PIB					
Con agresión ¹	10%	14%	29%	24%	15%
Sin agresión ²	10%	13%	25%	15%	5%
Tasa de Inflación ²					
Con agresión ³	12%	17%	15%	30%	70%
Sin agresión ³	12%	16%	12%	19%	23%

1 Suponiendo que en la ausencia de la agresión, el gasto de defensa hubiera tenido la misma proporción del PIB que en 1981

2 Deflactor del PIB

3 Proporcionalmente a la reducción en el déficit fiscal, ya que todo este incremento es monetarizado.

Por otra parte, si sumamos los efectos directos de la agresión militar sobre la balanza de pagos y los efectos de la agresión financiera, tenemos que éstos suponían un 56% de los ingresos por exportación en 1984.

1 El Gobierno de Nicaragua y la CEPAL estiman que el PIB hubiera crecido en un 5% al año entre 1980 y 1985, sin tener en cuenta el efecto positivo de las inversiones aplazadas por el bloqueo de los préstamos.

Hoy en día, se estiman ya en 3 500 millones de dólares las pérdidas provocadas directa o indirectamente a la economía nacional por las acciones contrarrevolucionarias iniciadas en 1981.¹

Otros datos económicos se muestran en los Cuadros No.17 y 18 que reflejan la magnitud de la agresión.

Cada día más, importantes recursos tienen que ser dirigidos hacia la defensa (por encima del 50% del presupuesto estatal), en detrimento de los sectores sociales, salud, etc. En este sentido, según Henry Ruiz, Ministro de Cooperación Externa, la guerra de agresión costó, en 1985, el 25% de la PEA dedicada a la defensa² (más de 50 mil trabajadores asalariados se encuentran movilizados en los frentes de guerra y un 80% del campesinado participa activamente en la guerra o trabaja en medio de sus difíciles condiciones).³

C U A D R O No. 17

Daños económicos de la agresión imperialista contra Nicaragua 1980-1985

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1980-1985 acumulados
Agresión Financiera	0.0	0.2	38.3	61.3	92.7	63.0	272.9
Embargo Comercial	0.0	0.0	0.0	11.7	15.0	50.0	76.7
Costos Derivados	0.0	2.8	28.4	215.8	456.7	470.0	1,113.1
Daños Materiales	1.4	7.5	32.1	165.2	197.9	112.3	576.4
T O T A L	1.4	98.5	98.8	454.0	762.3	645.3	2,060.3

Reproducción en Oscar E. Ornelas, "Ajustes en la economía de resistencia", Panorama de Centroamérica y el caribe, año 2 No. 9, México. Mayo/Junio 1986, p. 13

1 Ministerio de Planificación de Nicaragua en "Siete años de triunfo", Barricada 10 Julio 1986.

2 Barricada, 13 de Marzo de 1986

3 Barricada, 26 de Agosto de 1985

Incidencia del costo inducido por la agresión económica en el Producto Interno

Bruto

Años	PIB Real (Mill. US \$)	PIB Sin Agresión (Mill. US \$)	Costos Inducidos
1980	2,189	2,190	1
1981	2,305	2,546	241
1982	2,278	2,604	326
1983	2,384	2,708	324
1984	2,350	2,800	450
1985	2,117	2,700	523
TOTAL COSTO INDUCIDO			1,865

Reproducción en Oscar E. Ornelas, "Ajustes en la economía de resistencia", Panorama de Centroamérica y el caribe, año 2 No. 9, México. Mayo Junio 1986, p. 13

Para el conjunto de la población nicaragüense, las consecuencias de la agresión han sido mucho más graves de lo que las cifras expuestas señalan, teniendo en cuenta que en las zonas de guerra vive aproximadamente la tercera parte de la población del país, la destrucción de la infraestructura de servicios sociales -objetivo básico de la contrarevolución- junto con los desplazamientos¹ y migraciones que las acciones de guerra provocan, ha causado verdaderos problemas al gobierno revolucionario para suministrar salud, vivienda, educación y abastecimiento a las familias desplazadas.

Concretamente en el campo de la salud la agresión contrarevolucionaria ha tenido hasta ahora los siguientes efectos:

¹ La reubicación territorial ha afectado a 250 000 campesinos (unas 50 000 familias) que no solo han dejado de producir, sino que además se han convertido en fuente adicional de demanda de alimentos y bienes de subsistencias (Sarricada 13 Julio de 1986.)

- El Ministerio de Salud se vió obligado a abandonar 50 unidades de salud en las áreas conflictivas, incluyendo un hospital, cuatro centros de salud y cuarenta y cinco puestos de salud.¹
- La cuarta parte de la población de zonas de guerra (225 000 personas) dejaron de ser atendidas en forma estable por esas unidades de salud
- con el embargo económico y el bloqueo de financiamiento internacional, se ha impedido la extensión de los servicios de salud, suministros, etc., así como la movilización sanitaria (la guerra ha impedido en ocasiones, la realización a tiempo de jornadas de vacunación; frenando de esta manera los logros conseguidos por la revolución en el control epidemiológico.)

En 1985, por primera vez en la historia sanitaria del país, se presentó una epidemia de dengue, considerada como el inicio de una guerra bacteriológica contra Nicaragua ocasionando la muerte de varias personas, grandes pérdidas económicas y gran cantidad de tiempo laboral perdido. Por lo menos 1 persona por cada familia nicaragüense fue afectada por la enfermedad²

En el mismo año, se presentó asimismo un brote de meningitis en menores de 9 años, sin haberse descartado que fuera producto de la misma agresión.³

La eliminación de la malaria se ha frenado y la poliomielitis, desterrada por vacunación desde 1982, reapareció en 1984 en las zonas de guerra. De igual manera los trabajadores de la salud han pagado con sus vidas la agresión contrarrevolucionaria: hasta Mayo de 1986, fueron asesinados 46 profesionales de la medicina y otros tantos heridos o secuestrados.⁴

1 Según María Auxiliadora Lezama, "La Salud en la Revolución", Barricada 12 Julio 1986, para esas fechas eran ya 61 las unidades de salud cerradas.

2 Barricada, 12 Julio 1986

3 Ibidem

4 El Nuevo diario, 19 Julio 1986

5. EL CARACTER DE LA REVOLUCION POPULAR SANDINISTA

Si bien la Revolución Sandinista se inscribe en el marco de las revoluciones sociales de nuestro tiempo y, concretamente, en los procesos revolucionarios del Tercer Mundo, aquella presenta una especificidad propia basada en las particularidades de su historia y su estructura.

Existe la creencia generalizada, sobre todo, entre muchos observadores internacionales de que la Revolución Sandinista es una revolución socialista. Sin embargo ni siquiera puede afirmarse que Nicaragua esté atravesando un período de transición al socialismo, particularmente si éste implica una progresiva socialización de los medios de producción. Pero tampoco puede considerarse que en Nicaragua se esté operando una revolución de corte democrático-burguesa.

Para comprender más exactamente la etapa que actualmente atraviesa la Revolución nicaragüense hay que tomar en cuenta que en general, la experiencia de las luchas de liberación de los pueblos del Tercer Mundo, demuestra que "durante el trayecto que culmina con la toma del poder político, y mientras la nueva correlación de fuerzas se consolida, el proceso tiende a ser conducido por la contradicción nacional democrática. En esta etapa la revolución asume una fisonomía antimperialista, democrática y popular, donde la categoría político-ideológica del pueblo engloba y sintetiza al conjunto de fuerzas sociales que se suman a la lucha del lado nacional-democrático junto a las clases explotadas y oprimidas."¹

En este sentido, la Revolución Sandinista, en la etapa actual, se define como popular, democrática y antimperialista, siendo claramente una revolución política y social que representa los intereses de las clases populares: el campesinado, el artesano, la clase obrera, el semiproletariado y fracciones de la pequeña burgues-

1 Carlos M. Vilas, Perfiles..., op. cit. pp. 62-63

sía. En ningún caso, atiende los intereses de la burguesía aunque alguno de sus miembros participase en la JGRN, pues dicha participación se dió en todo caso, como elementos subordinados a un bloque revolucionario popular.

En la etapa presente la lucha antimperialista de liberación nacional es la contradicción principal. Eliminar las bases de la dominación imperialista tal como ésta se manifestaba en Nicaragua en su forma de capitalismo dependiente y neocolonial es el objetivo fundamental de la Revolución en esta fase. Ello exige, a su vez, la creación de un verdadero Estado-nación, moderno y soberano.

Este objetivo explica la importancia que los dirigentes revolucionarios otorgan a la estrategia de unidad nacional y al mantenimiento de una alianza policlasista en apoyo del proyecto de reconstrucción nacional. De hecho, las contradicciones generadas entre las clases que integran el bloque revolucionario son consideradas, en esta etapa, menos importantes que las ventajas que la revolución obtiene de la unidad.

La sustitución y cambio de las antiguas estructuras socioeconómicas y políticas, provocando romper la situación de dependencia, son tomadas en cuenta por el gobierno revolucionario. Desde el triunfo, las transformaciones revolucionarias experimentadas han sido profundas y han perseguido el objetivo mencionado. La reestructuración de las relaciones de propiedad y las formas de producción en el campo a través de la reforma agraria; la creación del APP; la drástica reducción de las bases materiales de la oligarquía terrateniente y financiera; el desarrollo de los nuevos proyectos agroindustriales; la creación del EPS; la democratización de la economía y de los procesos políticos; la activación de la sociedad civil mediante la movilización y la participación popular; etc., son ejemplos de algunas de estas transformaciones.

Sin embargo, el carácter de la lucha actual no significa que la Revolución Sandinista no esté interesada en el socialismo o que no pueda, en el futuro conducir al socialismo. De hecho, hay factores que apuntan a ello. Básicamente son dos: la ideología del partido revolucionario y, en consecuencia, su proyecto clasista; y la cuestión de la oportunidad.

Respecto al primer aspecto, el FSLN se define ideológicamente como marxista, concretamente, afirma que el sandinismo es la aplicación del marxismo-leninismo a la realidad de Nicaragua.¹

En este sentido se considera que la ideología del FSLN, "tiene tres componentes fundamentales: un elemento histórico, un elemento doctrinario y un elemento político. El sandinismo resume esa ideología porque es la síntesis de la lucha de Sandino y la del Frente Sandinista desarrollada por Carlos Fonseca. En este sentido, desde el punto de vista doctrinario nos guía fundamentalmente la doctrina científica del marxismo. Pero desde el punto de vista histórico nos alimentamos de nuestras propias tradiciones".²

Por lo que se refiere al segundo aspecto, se considera que en las actuales circunstancias, "el componente político de nuestra ideología es el programa de liberación nacional que tenemos que asumir en estos momentos. No por tener una doctrina de corte dialéctico-científico debemos apelar inmediatamente en el orden político a una transformación radical de tipo ortodoxo. Esto no sería dialéctico. No estaríamos entendiendo la correlación de fuerzas en el mundo actual".³

Respecto a este segundo aspecto se tiene en cuenta, además, el atraso real de las fuerzas productivas en Nicaragua, como un paso previo para la construcción del socialismo. A este respecto, Jaime Wheelock afirma que "de acuerdo con la tesis

1 Cfr. J. Ceberio y otros, Sandinistas, op. cit. pp 11-15

2 Ibidem, p. 20

3 Ibidem, p. 21

del socialismo científico, para que pueda prosperar en forma matemática un modo de producción de una etapa a otra, se requiere, por lo menos, la plena madurez del modo de producción que va a ser sustituido. El socialismo es un modo de producción que rebasa a otro modo de producción que ha llegado al límite, cuando las fuerzas de producción que desarrolla el capitalismo están siendo frenadas por relaciones caducas. No encontramos, de ninguna manera, esas circunstancias en las condiciones de Nicaragua."¹

En estos momentos, las prioridades de la revolución son asegurar la liberación nacional y consolidar la democracia popular, no la transición al socialismo. En todo caso, dependerá "de la dinámica política en Nicaragua, y del contexto internacional en que la revolución se desenvuelve, que la opción y los esfuerzos por constituir una sociedad socialista se lleven a cabo y fructifiquen. Por esta razón es tan importante el proceso actual de institucionalización de las formas directas y representativas de democracia, así como los esfuerzos por alcanzar una solución pacífica en el conflicto centroamericano. El resultado de uno y otros serán de decisiva gravitación en el destino de la Revolución Sandinista."²

De cara al futuro, el tipo de socialismo que en definitiva puede construirse en Nicaragua dependerá, en última instancia, de la composición del bloque de fuerzas populares que conduce el proceso y del modo en que se exprese como vanguardia política.

En este sentido, será del modo en que el campesinado, los pequeños y medianos propietarios y la clase obrera, se articulen recíprocamente, y de la capacidad de alguno o algunos de ellos para erigirse en fuerza hegemónica dentro del bloque popular revolucionario, que el socialismo adquirirá en Nicaragua una modalidad u otra: socialismo de pequeña propiedad o socialismo proletario en sentido estricto.

1 Cuadernos de El Socialista, No. 3, op. cit. p. 7

2 Carlos M. Vilas, "Liberación nacional ..." op. cit. p. 345

EL NUEVO CONCEPTO Y PRACTICA DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

6.1 Hacia una Consideración Dialéctica de la Salud

Estudiar el sector salud en la actual época de transición, que se inicia a raíz del triunfo de la Revolución Sandinista, requiere ser visto como parte de las transformaciones acaecidas en el proceso global nacional y no como una mera reforma técnico-administrativa parcial del Estado.

En toda revolución, el campo de la salud es un área privilegiada para la implantación de un proyecto revolucionario, vale decir la aptitud que entraña para la construcción de una nueva práctica médica, dada su potencialidad para satisfacer algunas de las necesidades básicas de la población y, a su vez, puede ser un arma de lucha en la consecución de la transformación de la sociedad, en virtud de la fuerte connotación ideológica que el tema de la salud implica.

Es también un espacio donde la hegemonía de clases se manifiesta según las diferentes políticas sociales llevadas a cabo. En consecuencia, en el proceso de construcción de la hegemonía político-ideológica de la revolución, ésta va afianzándose en la medida que obtiene resultados positivos en sus acciones de salud.

Para el gobierno revolucionario la salud del pueblo nicaragüense convirtió, desde un principio, en una de las áreas prioritarias. Hablar de salud en la nueva sociedad nicaragüense significa abarcar los cambios y transformaciones habidas, tanto en el plano económico como en el político y social. Implica, asimismo, una nueva concepción del proceso salud-enfermedad¹, basada en la integridad bio-psico-social del individuo, resultado de la nueva forma de vida de los hombres y ligada íntimamente, por lo tanto, al desarrollo socio-económico y político de Nicaragua. La

¹ MINSA, El Sistema Nacional Unico de Salud, tres años de revolución, 1979-1982, Managua, 1982.

salud se entiende como parte de las condiciones generales de vida y reproducción y se mide en el incremento de la calidad de vida.

En suma, una concepción radicalmente diferente a la mantenida durante el régimen somocista, en el que se consideraba a la persona únicamente como factor de producción y su salud tan sólo interesaba cuando su función productiva no estuviera interferida. Consecuencia de esta concepción es que los problemas de salud se caracterizaban por altas tasas de mortalidad general e infantil; baja esperanza de vida al nacer; elevados índices de desnutrición; principales causas de mortalidad debidas a enfermedades transmisibles y fácilmente prevenibles por vacunación; baja cobertura de un sistema de salud constituido por instituciones ineficientes, insuficientes en número, descoordinadas entre sí y sin coherencia con un verdadero plan nacional de atención integral en salud.

A partir del triunfo revolucionario, el Ministerio de Salud (MINSA), consecuente con las directrices emanadas de la JGRN y de la Dirección Nacional del FSLN, parte de la consideración de que "la salud del pueblo nicaragüense tiene que dejar de ser un concepto abstracto, idealizado y enajenado, para reconocer a la salud como una categoría de análisis y transformación históricamente determinada. Salud es considerada como 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 nicaragüense".¹

6.2 La Nueva Estructura y Organización de la Atención a la Salud

Una de las primeras medidas tomadas por la JGRN fue la implantación de un nuevo sistema de atención a la salud, a través de la creación el 8 de agosto de 1979 del Sistema Nacional Único de Salud (SNUS) el cual pretende, básicamente, una

¹ MINSA, Salud: Políticas, Logros y Limitaciones, Managua, 1980, p. 24

atención integral de salud que, abarcando a toda la población, contemple todo el espectro de acciones que van desde la atención primaria a la más especializada en unidades hospitalarias. Su objetivos principales son:¹

- 1) Extensión de la cobertura a todo la población nicaragüense.
- 2) Reforzamiento de las acciones preventivas de saneamiento e higiene del medio.
- 3) Alcanzar la igualdad de oportunidades en la atención médica de toda la población.
- 4) Integrar la participación del pueblo organizado en las medidas de salud.

El SNUS integra un conjunto de elementos que interactuando y con la finalidad de aumentar significativamente el nivel de salud y bienestar de la población, permiten garantizar la organización de los servicios básicos de salud. Estos brindan una atención planificada comprendiendo tanto acciones preventivas como curativas y se dirigen, fundamentalmente, a los siguientes fines: educación para la salud, prevención general y específica, diagnóstico y tratamiento de enfermedades más frecuentes.

La estructura organizada del SNUS responde a varios niveles:

- a) Nivel Central, constituido por el MINSAL, cuya organización ha experimentado cambios a lo largo de estos años. En 1985 de cuatro vice-ministerios:
 - 1) Docencia y Desarrollo, responsable de las tareas de planificación, formación y recursos humanos, estadísticas y ejecución de proyectos de construcción de red física;
 - 2) Servicios de Salud, encargado de las direcciones de atención médica, medicina preventiva, y educación y comunicación popular;

¹ Ibidem

3) Abastecimientos Médicos; y 4) administración y Finanzas. Actualmente (1986), consta de seis viceministerios, producto de la separación de las funciones de docencia y planificación, por un lado, y una mayor especialización en los servicios de salud, por otro.

b) Nivel Regional, formado por las diferentes direcciones regionales. Estas asumen bajo su responsabilidad las áreas de salud, los hospitales, las unidades docentes regionales, laboratorios regionales de medicina preventiva, así como otras unidades regionales; siendo su función principal coordinar los diferentes servicios del sector salud de la región, así como exigir el cumplimiento de las metas propuestas en los programas del SNUS.

Las direcciones regionales dependen directamente del ministro de salud.

c) Nivel de Atención Hospitalaria: los hospitales están organizados en términos de los servicios clínico-quirúrgicos, materno-infantiles y de especialidades.

Por su área de influencia, en el momento actual pueden ser clasificados en Departamentales, regionales y nacionales.

La administración del hospital depende de la dirección regional y está situada jerárquicamente al mismo nivel que la dirección de áreas de salud.

d) Nivel de Areas de Salud, que constituyen las unidades básicas del sistema y comprenden una población de quince mil a ochenta mil habitantes, con límites geográficos bien definidos.

Dentro de cada área de salud operan las siguientes unidades de atención:

- El Centro de Salud (CS), que tiene como misión la atención integral de carácter primario de la población comprendida en su área territorial, así como la realización de las acciones necesarias sobre el medio ambiente.

El CS funciona como una unidad polivalente y dispone de médicos, enfermeras, auxiliares, inspectores sanitarios como personal básico. Del CS de penden el resto de unidades de salud de su área.

En determinadas zonas, por razones de accesibilidad geográfica, los CS disponen de 10 a 50 camas para hospitalización, fundamentalmente para la atención materno-infantil.

- Los puestos Salud (PS) que, dependiendo del CS, pueden ser atendidos por médicos (en función de la dotación del CS) o solamente por auxiliares de enfermería y brigadistas de salud.

Los brigadistas de salud son miembros de las organizaciones de masas seleccionados para trabajar, en forma voluntaria, en el campo de la salud y constituyen un vínculo directo entre el sistema y la comunidad. Otro elemento de la comunidad que participa en la extensión de los servicios de salud es la partera empírica, que recibe entrenamiento del MINSA y pasa a tener relación estrecha con el programa materno-infantil.

En este nivel se ejecutan los programas de atención integral al adulto, a la ma dre y al niño, control de tuberculosis, control de la malaria, unidades de rehidrata ción oral (URO), atención de natalidad, higiene del medio e inmunizaciones.

La nueva estructura organizativa que representa el SNUS responde a un proceso de regionalización administrativa del país, según el cual, Nicaragua se divide en nueve regiones, tres de las cuales son catalogadas como zonas especiales por el precario desarrollo que presentan y que ameritan un esfuerzo especial.

En el caso del sector salud, esta regionalización permite lograr una mejor utilización de los recursos; facilita el acceso de la población según sus necesidades; conseguir una mayor eficacia en la administración financiera y gestión de personal; así como menores costos en los insumos (material médico, quirúrgico, medicamentos,

Así, la estructura del SNUS se sustenta "en un esquema de regionalización que facilita la descentralización ejecutiva y la centralización normativa, dentro de un criterio de racionalizar la organización y prestación de servicios, el estricto control presupuestario y financiero y la extensión de la cobertura de todas las zonas del país".¹ Al nivel central le corresponden las funciones de dirección, planificación y normalización, es decir, la centralización normativa; correspondiendo a los siguientes niveles de ejecución de los programas, principalmente, al nivel de áreas de salud.

6.3 Políticas de Salud: Fundamentos y Objetivos

Los principios que inspiran el SNUS y las políticas de salud del gobierno revolucionario son las siguientes:

1. La salud es un derecho de todos los individuos y una responsabilidad del Estado y del pueblo organizado.
2. Los servicios de salud deben tener la mayor accesibilidad (geográfica, económica, ideológica, legal, cultural y política para toda la población.)
3. Los servicios de salud tienen un carácter integral.
4. El trabajo en salud debe realizarse en equipos multidisciplinarios.
5. Las actividades de salud deben ser planificadas.
6. La comunidad debe participar en todas las actividades del sistema salud.²

1 Ministerio de Planificación-MINSA, Estrategia de Atención Primaria de la Salud en la República de Nicaragua, Mimeo, Managua, 1981, pp. 8-9

2 MINSA, El Sistema Nacional... op. cit. p. 19 y MINSA, Salud: Políticas, op. cit. pp. 31-35

En base a estos principios, se definieron como políticas generales de salud:

1. Llevar la salud al campo.
2. Organizar los servicios de salud acorde a las nuevas condiciones socio-económicas producidas por la Revolución Sandinista.
3. Ejecutar los programas de medicina preventiva con especial énfasis en la inmunización, letrificación y atención a la malaria y tuberculosis.
4. Reorganizar los servicios de atención médica a los trabajadores mediante el desarrollo de los servicios de medicina preventiva y ocupacional en los trabajadores.
5. Desarrollar la planificación como elemento esencial del trabajo científico en el MINSA.
6. Confeccionar los anteproyectos de leyes y reglamentos necesarios para el adecuado funcionamiento del ministerio y solicitar su aprobación a la JGRN.
7. Consolidar la participación de la comunidad organizada en las tareas de salud.
8. Formar los recursos humanos para el MINSA de acuerdo al plan de extensión de cobertura.
9. Establecer con carácter definitivo una política con respecto a los medicamentos.
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.¹

Del análisis detallado de estas políticas, puede inferirse que los fines que se pretendían con su formulación eran básicamente tres: la reconstrucción de la salud del pueblo nicaragüense; el desarrollo de las fuerzas productivas, concretamente,

¹ MINSA, Salud: políticas,... op.cit. pp. 35-41 y MINSA, Logros y Limitaciones en Salud, Managua, 1980.

de la fuerza de trabajo y, por último, la participación popular como forma de gestión social para la construcción del poder popular en Nicaragua.

La formulación de estas políticas respondió, en última instancia, al carácter hegemónico de los sectores populares dentro del Gobierno de Reconstrucción Nacional.

En base a estas políticas generales se han ido definiendo anualmente diversas políticas de salud, que se han contenido en los respectivos planes de salud. Si bien dichas políticas se han mantenido en el tiempo; no obstante, se han introducido algunas novedades, particularmente, a raíz del auge experimentado por la actividad contrarrevolucionaria y la agudización de la situación económica.

Concretamente, las nuevas políticas introducidas y no contempladas inicialmente en las políticas generales han sido:

1. Dar apoyo necesario al desarrollo del movimiento de innovadores en salud, - priorizando el campo de mantenimiento y suministros, y tecnología apropiada.
2. Priorizar acciones que fortalezcan estructuralmente y contribuyan al perfeccionamiento del aprovechamiento de medicamentos.
3. Desarrollar acciones que aseguren la implantación del plan de mantenimiento.
4. Garantizar el funcionamiento adecuado del SNUS/MINSA ante situaciones de agresión y desastres naturales.¹

Estas nuevas políticas fueron contempladas por primera vez en el Plan de Salud de 1983 y, obviamente, responden a fundamentos de naturaleza económica (escasez de divisas) y de carácter defensivo.

Cabe resaltar que en ese mismo año la política de participación popular en salud no sólo se mantuvo sino que incluso se trató de fortalecer.

¹ MINSA, Plan de Salud. 1983, Managua, 1982.

En 1985, se opera un cambio sustancial con relación a los primeros años de la revolución en la medida que se reconoce explícitamente la adopción de un modelo de atención diferente en el que las tareas fundamentales en salud son dos: a) la protección a los combatientes para asegurar la defensa; y b) garantizar los servicios de salud a las fuerzas productivas y la atención a la infancia, para así asegurar la reproducción de la sociedad. En este sentido, Lea Guido, a la sazón Ministra de Salud, manifestaba que "se aplaza la reconstrucción de la salud de nuestro pueblo y luchamos por la sobrevivencia de esa salud, de esa fuerza de trabajo y la reproducción de la sociedad de nuestro país".¹

Para 1986, la intensificación de la guerra de agresión, junto con las consecuencias del bloqueo económico, político y diplomático promovido por el gobierno norteamericano y el grave deterioro de la economía nicaragüense, ha provocado una disminución de los recursos financieros en salud. Asimismo, se ha producido una distorsión en el estado de salud y la mayor complejidad para su abordaje debido a:

- 1) La alta morbilidad de la tropa y la migración de la población, que impactan en las enfermedades transmisibles.
- 2) El crecimiento en la demanda de servicios causado por lesiones y heridas de guerra.
- 3) El incremento en la demanda de servicios provocado por la organización de asentamientos campesinos que la Revolución debe priorizar.²

Ante esta situación, el Plan de Salud para 1986 considera como fundamental que para ese año la salud "debe trabajarse en función de contribuir a la tarea de derrotar a la agresión y enfrentar los problemas económicos del país"³

1 MINSAL, Lineamientos de Políticas de Salud, Plan de Actividades 1985, Managua, 1985, p. 7.

2 MINSAL, Plan de Salud 1986, Mimeo, Managua, 1986, p. 1.

3 Ibidem, p. 83

Es decir, ante la aparición de una epidemiología de la guerra (pérdidas de vidas humanas, mutilados, configuración de asentamientos, desgaste económico) y la agudización de la crítica situación económica, se pretende que la salud se convierta en un elemento que fortalezca la defensa y la producción, para lo cual se siguen considerando como prioritarios a los combatientes y a los trabajadores productivos, sin olvidar la atención materno-infantil como aspecto relacionado con la reproducción social.

Asimismo, dada la penuria económica que se vive, se persigue aprovechar al máximo la capacidad instalada en cuanto a infraestructura sanitaria, que tradicionalmente ha venido siendo subutilizada y mal utilizada, y mejorar la calidad de la atención brindada.

6.4 Estado de Salud y Respuesta Social

A continuación se presenta una panorámica general sobre la situación higiénico-sanitaria y epidemiológica del país tras siete años de revolución. Los datos utilizados para su elaboración han sido extraídos en su totalidad del Plan de Salud - - 1986.¹

Junto a esta situación se acompañan determinados indicadores que revelan el tipo de respuesta social que la revolución ha venido articulando ante el proceso salud-enfermedad.

6.4.1 Algunos Aspectos del Cuadro Higiénico Sanitario

a) Situación del abastecimiento de aguas:

Existen en Nicaragua 164 acueductos abastecidos por 293 fuentes, de las que 241 (el 82%) son subterráneas. Esto supone una cobertura del 46% para la población total del país, cobertura que se distribuye de la siguiente manera: 80% urbana y 9% rural.

¹ MINSA, Plan de Salud 1986, Mimeo, Managua, 1986.

Tan sólo se disponen de dos plantas de tratamiento de aguas en funcionamiento (Matagalpa y Puerto Cabezas). Asimismo, otras dos en proceso de construcción y dos más están proyectadas.

La demanda actual de agua potable es superior a la capacidad de oferta del país, por lo que se han adaptado medidas de racionamiento; especialmente, en Managua. Esta situación determina que gran parte de la población emplee prácticas inadecuadas de abastecimiento, lo que ocasiona daños en su salud.

Lo anterior se agrava por el hecho de que el país no cuenta con un sistema de vigilancia de la calidad sanitaria del agua, que permita evaluar en forma periódica los indicadores de potabilización para emitir las recomendaciones pertinentes.

b) Situación de las escretas y aguas residuales :

Esta puede calificarse como precaria. Únicamente existen diecinueve sistemas de alcantarillado sanitario en las ciudades más importantes con deficientes condiciones de funcionamiento.

De los diecinueve, tan sólo nueve disponen de unidades de tratamiento; el resto descarga las aguas crudas a los cuerpos de agua, algunos de los cuales son utilizados como fuentes de abastecimiento.

La población servida con alcantarillado sanitario en las áreas urbanas es del 39.5%, lo que representa el 20.5% de la población total del país. En las áreas rurales, tan sólo el 20% de la población dispone de excretas con letrinas.

Respecto a los desechos industriales, no existe un adecuado tratamiento de los mismos, ya que en unos casos son eliminados a través del sistema de alcantarillado municipal y, en otros, se depositan en cursos superficiales sin tratamiento previo.

c) Situación de los residuos sólidos ;

De los 136 municipios existentes en el país, el 56% de los mismos (77) poseen equipo de recolección. Tan sólo la capital de la República cuenta con una regular disposición final de los residuos.

Sin embargo, los municipios que poseen equipo de recolección de desechos sólidos presentan los siguientes problemas:

- Deficiente organización del sistema de recolección, lo que ocasiona un bajo porcentaje de cobertura y, por consiguiente, la proliferación de basureros clandestinos; inadecuado manejo y disposición final de desechos tóxicos de algunas industrias del país.
- Mala ubicación de los basureros municipales.
- Inexistencia de un instrumento legal que regule los malos hábitos de disposición de basuras.

d) Alimentos :

Según un diagnóstico basado en el estado actual de las fases de producción, almacenamiento y manipulación de alimentos, se llegó a la conclusión de que no existe un control sobre la producción, desconociéndose cualquier tipo de contaminación por plaguicidas, abonos y otras sustancias químicas.

Los mayores problemas se presentan en las pequeñas industrias y en la producción casera, no realizándose un control sistemático y permanente de los manipuladores.

En cuanto al almacenamiento se refiere, únicamente las bodegas nacionales de la Región II (Managua) están en regulares condiciones higiénico-sanitarias. No sucede lo mismo con el resto.

e) Ocupacional:

La patología laboral y las condiciones higiénicas de los centros de trabajo no son suficientemente conocidas. De los escasos datos disponibles, resulta bastante significativo que en cuatro años se perdieron 826.298 jornadas de trabajo como consecuencia de accidentes laborales, representando en algunas empresas el 40% del tiempo laborado.¹

6.4.2 Panorama de la Situación Alimenticio-Nutricional

En 1980, el Area de Nutrición del MINSA en coordinación con el Programa Integral del Ministerio de Educación (MED), obtuvieron la siguiente situación de alimentación y nutrición en los escolares:

- El 37% de los escolares tenían algún grado de desnutrición y de ellos, el 2% estaban afectados con grado III, según peso/talla.
- El 2.1% de los escolares padecían desnutrición aguda (peso/talla).
- El 23.8% presentaba retardo severo en la talla, siendo más grave en el área rural (38.8%), lo que indica una desnutrición crónica aguda.
- El 3% de los escolares en áreas rurales, frente al 1.6% en áreas urbanas, sufrían desnutrición severa.
- En general, bajo consumo de alimentos de origen animal.

Aún a pesar de los esfuerzos realizados por el gobierno revolucionario, el incipiente sistema de información no permite cuantificar mejorías a excepción del bocio endémico que, de una prevalencia del 33%, pasó a 20% (según una encuesta efectuada en 1981) mediante la yodización de la sal.

¹ Barricada, 12 de julio de 1986.

En agosto de 1986 se inició un programa para medir la talla a todos los escolares del país, en orden a contar con una mejor información.

6.4.3 Perfil Epidemiológico de las Enfermedades Transmisibles

Como puede apreciarse en el Cuadro No.19 las tres enfermedades infecciosas que más afectan a la población son las Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA), las Enfermedades Diarréicas Agudas (EDA) y la Malaria.

De las enfermedades inmunoprevenibles, la tosferina desaparece como componente de las diez primeras en 1981, mientras que el sarampión lo hace desde 1982.

La Leishmaniosis (lepra de montaña) experimenta un aumento a partir de 1982, estando vinculado este incremento al recrudecimiento de la guerra, dado que son mayores las movilizaciones, tanto de militares como de civiles en el hábitat del vector, aumentando así el riesgo de exposición.

a) Enfermedades diarréicas

Siguen siendo todavía una morbilidad frecuente. En 1977 representaban el 18.7% de las defunciones hospitalarias, el 40% de las defunciones en menores de un año y el 37.5% de las defunciones en el grupo de edad de uno a cuatro años. Constituía prácticamente la primera causa de egresos y defunciones hospitalarias.

Actualmente, el grupo de edad más afectado es el de menos de cinco años, siendo tan sólo atendida en hospitales el 5% de la morbilidad por diarreas.

Representa la primera causa de muerte por enfermedad infecciosa para todas las edades en Nicaragua, seguida del grupo de las ERA.

PERFIL EPIDEMIOLOGIA: MORBILIDAD. NICARAGUA 1980-1985*

NO. ORDEN	AÑOS	1980	1981	1982	1983	1984	1985
1		EDA	ERA	ERA	ERA	ERA	ERA
2		ERA	EDA	EDA	EDA	EDA	EDA
3		Malaria	Conjuntivitis hemorrágica	Malaria	Malaria	Malaria	Malaria
4		Amibiasis	Malaria	Amibiasis	Amibiasis	Amibiasis	Varicela
5		Sarampión	Amibiasis	Leishmaniasis	Varicela	Varicela	Parotiditis epidémica
6		Disenteria Bacilar	Sífilis	Sífilis	Sífilis	Hepatitis	Amibiasis
7		Tosferina	Sarampión	Varicela	Hepatitis	Parotiditis	Infección gonorreica
8		Sífilis	T.B.	Escabiosis	Leishmaniásis	Infección go- norreica	Hepatitis infecciosa
9		Hepatitis	Gonorrea	Hepatitis	Escabiosis	Sífilis ad- quirida	T.B.
10		Gonorrea	Varicela	Gonorrea	Gonorrea	T.B.	Sífilis ad- quirida

* Nonestre

Fuente: DINEI

En los últimos cinco años las defunciones hospitalarias por EDA representaron el 75% de las muertes en menores de un año, seguido por el grupo de uno a cuatro años.

En el período 1983-1984 ocupaban el primer lugar dentro de las enfermedades infecciosas y representaban el 10% de la mortalidad general. En segundo lugar, figuraba la tuberculosis, seguida del tétanos.

b) Amibiasis

De 1980 a 1984 representó la cuarta causa de morbilidad por enfermedades infecciosas en el país, pasando al sexto lugar en 1985.

La tasa de incidencia varía entre 48.5 - 369.5 x 100.000 habitantes.

c) Hepatitis infecciosa

No existen elementos para el diagnóstico de laboratorio que diferencie entre hepatitis A, B y no A no B. Tampoco existen datos sobre esta enfermedad en la época prerrevolucionaria.

En 1980 se dieron 1.872 casos, en 1982, aumentó a 2.469 casos, en 1983 fueron 1.893 y en 1984 se redujo a 1.417.

d) Fiebre tifoidea

Enfermedad endémica en el país, de 1974 a 1978 experimentó un aumento gradual de cien casos por año, correspondiendo la mayor tasa a 1977 con 40 casos por 100.000 habitantes.

En 1980 la tasa de incidencia fue de 42.9 por 100.000. Para 1984 la tasa que se menciona es de 3.9 por 100.000, cifra cuestionable si tenemos en cuenta que las acciones de control han sido muy limitadas.

e) Parasitismo intestinal

A pesar de no existir datos, se estima que su incidencia sea elevada. En 1986, se ha planeado una encuesta nacional de prevalencia de parasitismo intestinal.

f) Programa control de tuberculosis

A partir de 1979 se ha vacunado cinco veces más que el año de mayor productividad en el régimen somocista (24.340 vacunas en 1976 frente a 124.562 en 1984).

Existe una búsqueda de nuevos casos a través de la captación del sistemático respiratorio, oscilando el porcentaje de positivos entre 4.3% y 5.3%.

La tasa de incidencia entre 1974 y 1980 estuvo por debajo de 100 x 100.000 habitantes. En 1981 aumentó a 127.6, para disminuir en los años posteriores y situarse en 59 por 100.000 en 1985.

La eficacia del tratamiento antituberculoso de doce meses fue bueno (84.7% y 88.6%).

g) Enfermedad respiratoria aguda

Afecta, sobre todo, a los menores de un año y por encima de los cincuenta.

h) Enfermedades de transmisión sexual

La sífilis y la blenorragia se encuentran dentro de las diez primeras causas de enfermedades transmisibles. La sífilis aumentó su incidencia a partir de 1980, llegando a alcanzar la sífilis adquirida una tasa de 95.6 por 100.000; mientras que la sífilis congénita -

suponía 1.6 por 100.000 en 1982. Esta última se mantiene desde entonces con una tasa de 0.5 por 100.000.

Es decir, la sífilis aumentó discretamente entre 1980-1981 para ir disminuyendo en 1982-1983, y contar en 1984 con una tasa de 67.9 por 100.000.

i) Zoonosis (rabia)

La cifra de tres casos de rabia humana dada para 1974-1978 es irreal debido a la inexistencia de un programa de control de rabia y a su escasa vigilancia.

Entre 1980-1985 se detectaron trece casos, experimentando una tendencia descendente.

j) Leishmaniasis

Se perfila dentro de las diez primeras enfermedades transmisibles a partir de 1982. su tasa de incidencia varía, según regiones, de 18 a 103.9. La Región VI (zona de guerra) es la más afectada, ya que presenta el mayor número de casos (42-597 por 100.000).

Su mayor incidencia desde 1982 es un claro reflejo de una nueva epidemiología de la agresión y el MINSA ha adolecido de falta de tratamiento en número necesario para afrontar esta enfermedad.

k) Dengue

Se calcula en más de cien mil los casos de personas afectadas.

Si bien se elaboró un plan de lucha antiepidémica, al no haber mantenido las acciones en la lucha antivectorial, la infección ha aumentado.

1) Enfermedades prevenibles por vacuna:

- Poliomielitis

El último brote epidémico de polio se produjo en 1979. Ese mismo año se iniciaron las vacunaciones masivas por medio de las jornadas populares de salud.

En 1981 disminuyó el número de casos, aumentando en 1982, dándose el último caso de dicha enfermedad en diciembre.

- Sarampión

Se dió un brote epidémico en 1979, que finalizó en 1980. Se observó una disminución en 1981 y 1982, desapareciendo en 1983 y 1984 del perfil epidemiológico. No obstante, en 1985 comienza a aparecer de nuevo.

- Tétanos

En 1980 se registraron 89 casos. En los años siguientes se mantuvo oscilante, siendo la tasa de incidencia en 1985 de 3.9 por 100.000 habitantes.

El sector de población más afectado es el de menos de un año, especialmente los neonatos que cuentan con una tasa específica de 26.7 por 100.000 nacidos vivos.

La letalidad por tétanos en neonatos es alta. En 1983 llegaba a ser del 73% de los afectados, en 1984 descendió al 64%, situándose en los ocho primeros meses de 1985 en el 38.2%.

- Tosferina

En 1980 y 1981 aumentaron las notificaciones considerablemente. Entre 1982 y 1984 disminuyeron de seis a veinte veces el número de -

casos respecto al de 1981.

Durante los nueve primeros meses de 1985, el número de casos presuntivos era casi el doble respecto al año anterior.

- Difteria

No se registró ningún caso en 1984.

Si bien la inmunización contra la difteria, tosferina y tétanos ha aumentado; no obstante, en 1984 sólo el 33% de la población infante se hallaba completamente protegida contra las mismas.¹

m) Malaria

Representa un serio problema de salud, ya que golpea continuamente a la población. La extensión de la enfermedad está favorecida, fundamentalmente, por las condiciones ecológicas; la resistencia del vector a los insecticidas de acción residual disponibles; las migraciones poblacionales y la guerra de agresión.

El mejor año post-revolucionario fue 1983, (su incidencia había disminuído en un 50% desde 1980), siguiendo un ligero estancamiento en 1984 y 1985. En este último se registraron mil casos de malaria, disminuyendo ligeramente en lo que ha transcurrido de 1986.

Como causas de alta incidencia de malaria hay que señalar que, por una parte, no se aplicó ningún insecticida de acción domiciliar y, por otra, no se pudo disponer de las divisas asignadas. Además, "con el bloqueo imperialista nos interceptaron el insecticida para eliminar el mosquito en su fase adulta".²

1 Barricada, 7 de enero de 1986.

2 El Nuevo Diario, 8 de junio de 1986.

No obstante, se tomaron medidas tales como la estructuración de puestos antimaláricos, reforzándolos con más personal.

6.4.4 Mortalidad por Grupos de Causas

La tasa de mortalidad general actual es de 9 por 1.000 habitantes.¹

Comparando las principales causas de defunción de la mortalidad general en los años 1983-1984, se desprende que no han variado a excepción del grupo de los accidentes y el de muertes violentas que se incrementaron: de 15.8% en 1983 paso al 19.1% en 1984.

En el capítulo de mortalidad general se aprecia que el grupo de causas de defunciones que ocupa el primer lugar durante los dos años mencionados es el de casos por muertes violentas, seguido por enfermedades cardiovasculares y enfermedad diarreica aguda. La cuarta causa la constituyen las afecciones peri-neonatales.

La mortalidad perinatal podría alcanzar el primer lugar de los grandes grupos de causas si se añadiera la morti-natalidad (nacidos-muertos).

Sigue en importancia, como problema de salud, las muertes por tumores malignos y neumonías.

a) Accidentes y muertes violentas

Es la primera causa de mortalidad general, si bien no figuran en los registros de morbi-mortalidad hospitalaria, ya que la mayoría de los accidentados fallecen antes de llegar al hospital.

¹ Barricada, 12 de julio de 1986.

Entre los diferentes componentes de todos los casos de violencia destacan las muertes por operaciones de guerra. A esto había que añadir el creciente número de discapacitados.

b) Enfermedades cardiovasculares

Ocupan el segundo lugar en la mortalidad general y el quinto en la mortalidad hospitalaria. En 1980 estaban en el séptimo lugar, mientras que en 1984 suponían el décimo.

c) Enfermedades infecciosas intestinales

Constituye la segunda causa de egresos hospitalarios y la principal causa de muerte por enfermedad infecciosa en el país.

En los hospitales pasó de ser la primera causa de muerte en 1980 a ocupar el sexto lugar en 198⁴. La tasa de letalidad hospitalaria por mil ingresos de esta causa ha disminuído de 36 en 1980 a 20.5 en 1984, habiendo sufrido un ligero deterioro ya que en 1982 fue de 14.7 por mil. Como agente de mortalidad infantil ha pasado del primero al quinto lugar de la lista.¹

d) Ciertas afecciones perinatales

Existen altos índices de embarazo de alto riesgo (54%), siendo el control prenatal tardío por lo general: del total de embarazadas captadas sólo el 37% lo es en el primer trimestre.

El promedio de controles por embarazo es de apenas 2.2 y, además, los servicios de atención institucional del parto no diferencian la atención por riesgo.

La tasa de mortalidad de recién nacidos fue de 20.5 por 1.000 naci-

¹ Barricada, 7 de enero de 1986.

dos vivos en 1980 y de 17 por 1.000 en 1982. En 1980 se superó la tasa de 1980.

e) Tumores

Se desconoce la estructura de los subgrupos de esta causa de mortalidad general. Por egresos hospitalarios, el cáncer de cuello representa el 22.4% del total de casos atendidos. El 7.2% corresponde al cáncer gástrico y el 7.5% lo conforman las leucemias.

f) Neumonías

Representan la sexta causa de mortalidad general. En 1984 fueron la quinta en mortalidad hospitalaria y también en ingresos.

Su peso como motivo de consulta ambulatoria (áreas de salud y hospitales) ha disminuido, como también lo ha hecho la letalidad de dicha enfermedad: de una tasa de 61 por 1.000 egresos en 1980 ha pasado a 40 por 1.000 en 1984.

6.4.5 Mortalidad por Grupos de Edad

El comportamiento tanto en la mortalidad general como en la intrahospitalaria es de manera similar, presentando los más altos porcentajes en los extremos de la vida, el correspondiente a los menores de un año y por encima de quince años. Esto responde a las características de país subdesarrollado.

En las defunciones de menores de un año tiene un peso significativo la mortalidad del recién nacido: 40.6% en 1983 y 42.9% en 1984 en la mortalidad general; y 56.2% y 57.9% respectivamente en la mortalidad intrahospitalaria.

El aumento de la mortalidad en mayores de quince años se debe, principalmente, al impacto de la guerra y del incremento de otros accidentes.

La mortalidad hospitalaria en menores de un año representa el doble del porcentaje de la mortalidad general para ese mismo grupo de edad, lo que posiblemente sea atribuible a las deficiencias en la atención en dichas unidades.¹

El registro de los nacidos muertos en los hospitales presentó una tendencia reductiva hasta 1984, pero en 1985 se registró una brusca modificación de dicha tendencia, llegándose a los mismos índices que se habían registrado en 1980 (20.5 por 1.000 nacidos vivos).

La tasa de mortalidad infantil se ha reducido drásticamente y actualmente es de 68.7 por mil. De 1978 a 1983 la tasa global de mortalidad infantil se redujo en un tercio, pasando de 121 a 80 por mil,² lo que supone en tan breve período de tiempo un logro espectacular.

6.4.6 Práctica Médica, Modelo de Atención y Producción de Servicios

Tanto la política sanitaria como la práctica médica, expresan en un momento histórico determinado y para una sociedad concreta, la hegemonía político-ideológica alcanzada como resultado de la confrontación social.

De esta manera, la práctica médica imperante hoy en Nicaragua se corresponde con la hegemonía popular existente y se manifiesta no sólo en la mejoría de los índices de salud, sino que sobre todo lo hace mediante la ampliación de cobertura de la atención, a todos los sectores de la sociedad, priorizando

1 Opiniones vertidas en el Plan de Salud 1986, op. cit. p. 34

2 Barricada, 7 de enero de 1986.

incluso a los sectores marginados y minorías étnicas como son las comunidades indígenas de la Costa Atlántica, además de la población de alto riesgo: los combatientes, los desplazados de las zonas de guerra, los trabajadores, las madres y los niños.

Se trata así de una práctica médica organizada socialmente sobre los intereses de las masas populares, a diferencia de la práctica médica existente durante la dictadura cuya finalidad era la reproducción en la sociedad de los patrones del capitalismo dependiente.

La nueva práctica médica también se encarga de difundir un nuevo concepto de saber médico, tanto en la educación formal a través de la formación de recursos humanos de salud, como mediante la educación popular, aspecto éste que será abordado junto con la participación popular, dados los nexos existentes entre ambas. Un saber médico integral, donde por una parte, el proceso de salud-enfermedad es una manifestación de las condiciones socio-económicas vigentes en un momento dado y, por lo tanto, estará determinado en última instancia por la inserción social que cada individuo tenga; y, por otra, un saber que considera a la persona (paciente en su caso) no como un objeto sino como un ser, sujeto de su propia transformación social.

Asimismo, esta nueva concepción de la práctica médica da lugar, a una nueva configuración de la organización de la salud, tanto en su vertiente institucional, como en la definición de un nuevo modelo de atención, cuyo principal objetivo es la extensión de cobertura (servicios). Las características más sobresalientes de este nuevo modelo de atención eran:

- La integración de lo preventivo y lo curativo con énfasis en la profilaxis.

- El ser un modelo sectorizado, es decir, cada área de salud se divide en sectores que eran atendidos por auxiliares de enfermeras, y cuyo énfasis sería la actividad llamada de salud pública.
- Ofrecer una atención dispensarizada, ya que la enfermera y su equipo, al conocer su universo, la pueden establecer dentro del mismo grupo de población que está a su cuidado, que siendo sanos son tributarios de una atención activa y controlada.
- La actividad se desarrolla en equipo: trabajo en equipo y equipo de trabajo.
- La participación activa de las masas organizadas de la comunidad es uno de los elementos primordiales para complementar esta forma de atención médica.¹

Además, se consideraba que el equipo de salud debía estar en íntima relación con la comunidad organizada, tanto en las acciones prioritarias como en las de educación para la salud, a fin de lograr la mejor y mayor participación de las masas organizadas y de todos los individuos, y modificar actitudes y patrones hacia la salud y la enfermedad.

Para cumplir con el objetivo propuesto de ampliar la cobertura, se adoptó fundamentalmente la estrategia de atención primaria. Dicha estrategia se fundamentaba en los siguientes postulados:

- 1) Brindar solución pronta, y de acuerdo con los recursos disponibles, a los agudos problemas de salud del pueblo nicaragüense.

¹ Carlos A. López, Ronaldo Tenorio y Roberto Capote Mir, Programa de Extensión de Cobertura. Regionalización de los Servicios de Salud en la República de Nicaragua, según región y áreas de salud, MINSA/OPS, Mimeo, Managua, 1980. pp. 6-8.

- 2) Extender los servicios básicos de salud de tal manera que el recurso de salud esté al alcance de las comunidades.
- 3) Articular y hacer consistentes los distintos servicios de salud que lleguen a la comunidad.
- 4) Fortalecer en donde sea necesario, y consolidar los mecanismos de participación organizada y de educación del pueblo en la producción de su propia salud.
- 5) Impulsar y consolidar los mecanismos de acción intersectorial que permitan un enfoque multicausal al problema de la salud y la incorporación de otros programas que puedan contribuir a su mejoramiento.
- 6) Generar un proceso de interconsulta pueblo-gobierno que permita planificar acciones en la base comunitaria que responda a sus propios intereses y necesidades.
- 7) Reducir los costos de la atención médica hospitalaria buscando mecanismos que favorezcan el mejor uso de los recursos escasos.¹

En su funcionamiento el modelo de atención descrito ha venido produciendo los servicios que a continuación se especifican, si bien asimismo, se han presentado algunos problemas, en su desenvolvimiento.

Se puede decir que desde 1979 se ha venido registrado un ritmo creciente en todos los rubros de la producción de servicios.

¹ MINSA Estrategia de ... op. cit. pp. 14-15.

Al número limitado de unidades de salud existentes antes de la revolución, hay que sumar la destrucción, el saqueo y el bombardeo hechos por la guardia nacional somocista en los últimos meses de la lucha de liberación. No obstante, como muestra el Cuadro No. 20, de 226 unidades existentes en 1978 se pasó a 502 en 1985, lo que supone un incremento del 122%, habiendo aumentado, sobre todo, las unidades de atención primaria, que equivalen a 1.52 unidades de atención primaria por diez mil habitantes.¹ Esto ha permitido que el 80% de la población goce de servicios de atención primaria en salud con carácter gratuito.

Por otra parte, de los Cuadros No. 21 y No. 22 que muestran la distribución de las unidades de salud, según regiones, en 1980 y 1985 respectivamente, se desprende las diferencias en cuanto a dicha distribución entre las regiones que van de 0.5 unidades de salud por diez mil habitantes a 2.8 de las mismas en el primer año y el nuevo reparto tal como era en 1985. (En 1980 aun no se había hecho la regionalización del país, por lo que se cita la división administrativa antigua).

Algunos recursos materiales instalados en unidades de salud se muestran en el Cuadro No.23 en el que se puede apreciar el incremento de éstos; cabe añadir que en 1986 el número de quirófanos para el país era de 83.

En cuanto al número total de camas disponibles en el país, así como su distribución por especialidad, en el Cuadro No.24 se observa un incremento del 15%. Partiendo de 4.409 camas en 1980² se llegó a 5,083 en 1985, quedando para

1 En la época de Somoza correspondía como promedio, un total de 18,057 habitantes por servicio de salud; con unos extremos de 11,651 a 26,250 habitantes por servicio para las Regiones IV y V respectivamente, de la antigua regionalización. (Angel René Estrada Arévalo y Pina Watson Lewis, El Carácter del Estado y la Implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud en los Periodos 1975-18 julio 1979 y 19 julio 1979-1983, tesis MIMEO, CIES, Managua, 1983.

2 MINSA, Población, recursos, actividades, Boletín Estadístico N° 3, Managua, 1981 p. 11.

C U A D R O No. 20

UNIDADES DE SALUD POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO
NICARAGUA 1978-1985

TIPO DE UNIDAD	AÑOS						
	1978	1980	1981	1982	1983	1984	1985
T O T A L	226	400	491	494	547	533	502
HOSPITALES	37	34	31	31	46	46	46
CENTROS DE SALUD con camas	1	11	13	15	17	18	21
CENTROS DE SALUD sin camas	163	88	89	85	87	86	86
PUESTOS DE SALUD	25	267	358	363	397	383	349*

* Incluye 89 Puestos de Salud con médicos y enfermeras
75 Puestos de Salud con 2 o más enfermeras
185 Puestos de Salud con 1 auxiliar enfermera
(incluyen asentamientos)

Fuente: Elaboración propia en base al Anuario Estadístico MINSA,
1980, 1982, 1983, 1984 y Plan de Salud 1986

C U A D R O No. 21

ALGUNOS INDICADORES DE RECURSOS MATERIALES
NICARAGUA 1980

REGIONES DE SALUD	CENTROS Y PUESTOS DE SALUD POR 10 000 HABITANTES	RAZON ENTRE LAB. Y CENTRO MAS -- PUESTO DE SALUD	SILLONES DENTALES POR 10 000 HABITANTES
LA REPUBLICA	1.3	0.29	0.3
1. Pac. Norte	1.4	0.66	0.3
2. Pac. Central	0.5	0.50	0.3
3. Pac. Sur	1.5	0.32	0.4
4. Inte. Norte	1.4	0.20	0.4
5. Inte. Central	1.2	0.26	0.3
6. Inte. Sur	2.6	0.15	0.2
7. Atla. Norte	1.4	0.40	0.3
8. Atla. Sur	2.8	0.13	0.4

Fuente: Informes Estadísticos Regionales
Anuario Estadístico de Nicaragua, 1980 INEC
Direcciones Regionales de Salud
Censo de Recursos

En Anuario Estadístico 1980, Boletín Estadístico No. 4,
MINSA, 1981, p. 143

C U A D R O No. 22

DISTRIBUCION DE UNIDADES POR AREAS DE SALUD
NICARAGUA 1985

REGION Y ZONA ESPECIAL	AREAS DE SALUD	CENTROS DE SALUD		PUESTOS DE SALUD		
		C/CAMAS	S/CAMAS	CON MEDI- COS Y EN- FERMERAS	CON DOS O MAS EN- FERMERAS	CON 1 AUXI- LIAR EN- FERMERA*
LA REPUBLICA	102	21	86	89	75	185
REGION I	10	3	8	6	18	37
REGION II	18	4	14	11	19	35
REGION III	19	1	18	19	-	22
REGION IV	18	4	14	30	21	-
REGION V	9	3	6	6	10	30
REGION VI	12	3	10	15	5	29
ZONA ESPECIAL 1	5	3	5	1	-	10
ZONA ESPECIAL 2	7	-	7	-	-	11
ZONA ESPECIAL 3	4	-	4	1	2	11

* Incluye Asentamientos

Fuente: Plan de Salud 1986, p. 99

C U A D R O No. 23

ALGUNOS RECURSOS MATERIALES INSTALADOS EN UNIDADES
DE SALUD POR TIPOLOGIA, NICARAGUA 1981-1984

RECURSOS MATERIALES* \ AÑO	1981	1982	1983	1984
QUIROFANOS	80	67	73	74
SILLONES DENTALES	89	154	164	173
EQUIPO DE RADIOLOGIA	56	54	63	74
LABORATORIO CLINICO	103	110	112	120
LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA	4	5	6	5
FARMACIAS	53	-	-	-

* Total de la República

- Sin datos

Fuente: Elaborado en base a Informes Direccionales Regionales, Censo de Recursos.

C U A D R O No. 24

DISTRIBUCION DE CAMAS POR ESPECIALIDAD
NICARAGUA 1981-1984

ESPECIALIDAD	AÑO			
	1981	1982	1983	1984
T O T A L	4 677	4 765	4 897	5 045*
MEDICINA Y CIRUGIA ADULTOS	1 667	1 574	1 662	1 710
Medicina		914	904	937
Cirugía		660	758	773
MATERNIDAD	406	492	523	524
GINECOLOGIA	266	215	221	252
PEDIATRIA	923	975	1 057	1 266
NEONATOLOGIA	81	46	173	124
TRAUMATOLOGIA	232	229	254	295
PSIQUIATRIA	342	311	294	250
REHABILITACION	67	66	54	48
DERMATOLOGIA	97	116	102	99
FISIOLOGIA	329	289	262	252
AISLAMIENTO	118	167	138	60
CUIDADOS INTENSIVOS Y CORONARIOS	74	57	73	51
OFTALMOLOGIA	21	16	24	30
ONCOLOGIA	21	22	24	30
NEUMOLOGIA		31		
CUIDADOS CRONICOS				8
UROLOGIA		18	19	29
O R L		12	17	17
SIN ESPECIFICAR	33	129		

* De las cuales 4 628, corresponden a hospitales (3 979 para agudos y 649 para crónicos) y 417 a Centros de Salud con Camas

Fuente: Elaborado en base a Informes Estadísticos Regionales

1986 un número de camas de 5,010 de las cuales 4,064 corresponden a hospitalización de agudos; 474 para crónicos y 472 camas a centros de salud.

Referido el número de camas por mil habitantes, Nicaragua tiene hoy 1.1 (Cuadro No.25). Lo que supone una sensible disminución con relación a los primeros años post-revolucionarios (1.7 en 1980).

Hay que tomar en cuenta, una vez más, el peso de la agresión contrarrevolucionaria que ha destruido 20 centros de salud; ha impedido o retardado la finalización de la construcción de 22 puestos de salud y hospitales; ha obligado al cierre temporal de 24 unidades de salud; ha quemado ambulancias; saqueado bodegas de medicamentos en 4 unidades de salud, etc. También han sido asesinados 46 profesionales de la medicina y otros tantos han sido heridos o secuestrados. De igual manera 27 brigadistas de salud se cuentan también como víctimas de la agresión.¹ Asimismo, ha impedido el desarrollo y eficacia de programas vitales (inmunizaciones, control de malaria) en algunos sectores del país.

Los recursos humanos en salud han ido aumentando paulatinamente como puede verse en el Cuadro No.26. Los últimos datos disponibles señalan que existen 6.9 médicos, 0.70 odontólogos, 4 enfermeras y 13.8 auxiliares de enfermería por cada diez mil habitantes.

Con relación a los recursos humanos utilizados por el MINSA, éstos se contemplan en el Cuadro No.27. A efectos de comparación hay que tener en cuenta que en 1978 se disponía de 1,311 médicos, 155 odontólogos, 379 enfermeras, 1,873 auxiliares de enfermería, 135 técnicos estadísticos,² etc. y el número de médicos actual es de 2,172.³

¹ CCI, La Contrarrevolución, op. cit. p. 21, Ivan Tercero, "El Sistema Nacional Unico de Salud y sus Principales Realizaciones", Boletín Nicaragüense de Higiene y Epidemiología, No. 2, Managua, 1985.

² MINSA, Población, recursos... op. cit. p. 19

³ Barricada, 12 de julio de 1986.

C U A D R O No. 25

CAMAS POR 1,000 HABITANTES SEGUN ESPECIALIDAD
NICARAGUA 1980-1985

ESPECIALIDAD	AÑOS				
	1980	1982	1983	1984	1985
TOTAL	1.7	1.6	1.6	1.6	1.1
MEDICINA Y CIRUGIA	-	0.54	0.54	0.54	0.7
Medicina Interna ¹	-	-	0.29	0.30	0.4
Cirugía ⁵	-	-	0.25	0.24	0.3
GINECO OBSTETRICIA	0.2	0.24	0.24	0.24	1.0
Maternidad ²	-	-	0.17	0.16	0.7
Ginecología ³	-	-	0.07	0.08	0.3
PEDIATRIA ⁴	0.3	0.35	0.35	0.40	0.7
NEONATOLOGIA	-	-	0.06	0.04	-
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA ⁵	-	0.078	0.08	0.09	0.1
PSIQUIATRIA	-	0.11	0.09	0.08	-
FISIOLOGIA	-	0.099	0.09	0.08	-
DERMATOLOGIA	-	0.04	-	-	-
AISLAMIENTO	-	-	0.04	0.02	-
GENERALES	0.8	-	-	-	-
CRONICOS	0.4	-	-	-	-
OTRAS ESPECIALIDADES	-	0.18	0.10	0.10	-

- Sin datos

- 1 Camas por 1,000 habitantes mayores de 15 años
- 2 Camas por 1,000 mujeres en edad fértil
- 3 Camas por 1,000 mujeres mayores de 15 años
- 4 Camas por 1,000 habitantes menores de 15 años
- 5 Camas por 1,000 habitantes

Fuente: Elaboración propia, en base a Anuarios Estadísticos MINSA,
Informes Estadísticos Regionales y Plan de Salud 1986

C U A D R O No. 26

RECURSOS HUMANOS EN SALUD POR 10,000 HABITANTES
NICARAGUA 1981-1984

RECURSOS \ AÑOS	1981	1982	1983	1984
MEDICOS*	4.4	6.7	6.9	6.9
ODONTOLOGOS	0.7	0.65	0.76	0.70
ENFERMERAS	3.0	2.7	3.9	4
AUXILIARES DE ENFERMERIA	14.2	14	14	13.8

* Excluye médicos internacionalistas

Fuente: Anuario Estadístico de Nicaragua, 1980, INEC
Anuario Estadístico de Nicaragua, 1984, MINSA
Plan de Salud, 1986

RECURSOS HUMANOS UTILIZADOS EN EL MINSA, SEGUN OCUPACION
NICARAGUA 1980-1984

PROFESION U OCUPACION	REP.	NIV. CENT.	REG.	REP.	NIV. CENT.	REG.	REP.	NIV. CENT.	REG.	REP.	NIV. CENT.	REG.
		1 9 8 0		1 9 8 2			1 9 8 3			1 9 8 4		
T O T A L	15511*	1619	13892	17881	1685	16196	20786	2123	18663	21562	2118	19444
Médicos	1212	34	1178	1951	39	1912	2081	62	2019	2172	60	2112
Odontólogos	190	1	189	191	4	187	229	6	223	222	3	219
Farmacéuticos				57	15	142	144	21	123	158	20	138
Tecnólogos Médicos				103	4	99	129	6	123	98	7	91
Enfermeras	808	18	790	795	8	787	1182	46	1136	1271	48	1223
Aux. Enfermera	3879	7	7872	3995	-	3995	4226	1	4225	4378	2	4376
Psicólogos				24	2	22	46	2	44	64	2	62
Trabajador Social				67	3	64	87	6	81	76	4	72
Téc. de Laboratorio				241	-	241	282	23	259	350	25	325
Téc. Rayos X				105	-	105	108	-	108	140	-	140
Aux. de Laboratorio y Rayos X				325	9	316	352	12	340	340	11	329
Téc. Estadístico				72	10	62	128	21	107	111	18	93
Trabajador Sanitario				265	-	265	350	1	349	324	1	323
Fumigador				295	-	295	358	3	355	398	5	393
Medicador				107	-	107	446	1	445	443	1	442
Otro personal profe- sional y técnico	1057	114	943	1307	157	1150	1003	485	518	1084	490	594
Secretarias				665	165	500	651	189	462	648	192	456
Otro personal admi- nistrativo				2828	534	2294	3444	445	2999	3470	441	3029
Personal de Servi- cios Generales				4334	735	3599	5308	793	4515	5492	790	4702
Estudiante de Medicina				154	-	154	232	-	232	326	-	326

* Incluye 2,551 de personal administrativo y 5,814 de otro personal

La tabla incluye a los profesionales, técnicos internacionalistas que prestan su colaboración voluntaria en el SNUS

Fuente: Elaboración propia, en base al Catálogo Alfabético de empleados, nómina adicional de sueldos, jornales, becas, informes de Direcciones Regionales

Respecto a la formación de recursos humanos hay que señalar que desde 1979 se inició un programa nacional, mediante el cual se regionalizó y crearon las bases materiales docentes de profesores que permitirá disponer para 1985 de una red constituida por trece unidades docentes departamentales para la formación de auxiliares de enfermería; dos unidades docentes para la formación de enfermeras profesionales y un instituto politécnico nacional que imparte cursos regulares para las carreras de auxiliares técnicos medios y enfermeras.

Existen también dos escuelas de medicina, cuya matrícula de alumnos de primer ingreso ha variado de ser 110 en el pasado a las 600 por año actuales. Igualmente, la docencia de internado médico se ha ampliado a quince hospitales del país, y en cinco se realizan especialidades médicas y odontológicas. Asimismo, se imparten en Nicaragua, dos maestrías de salud pública.

Respecto a la producción de servicios en la atención ambulatoria, el número de consultas médicas, odontológicas, dosis de vacunación, controles al niño, gestantes y programa de paludismo y tuberculosis ha ido aumentando como se desprende del Cuadro No. 28. De un número de consultas médicas de 2.400.000 en 1977 se ha pasado¹ a 5.700.000 en 1985; éstas representaban 0.8 consultas por habitante² en 1978 frente a 1.9 que se alcanzó en 1984 (ver Cuadro No. 29). El Cuadro No. 30 muestra las consultas médicas otorgadas por tipo de servicio, pudiéndose comprobar que prácticamente ambas han aumentado en la misma proporción (20% para las externas y 27% para las de emergencia).

Por lo que se refiere a recetas médicas despachadas, éstas han experimentado un fuerte aumento, sobre todo, las que fueron servidas por las áreas de salud (cuadro No. 31), estando este hecho en relación con el aumento de las unidades de salud en atención primaria.

1 Barricada, 12 de julio de 1986.

2 Población... op. cit. p. 33

PRODUCCION DE SERVICIOS DE ATENCION AMBULATORIA
NICARAGUA 1980-1984

CONCEPTOS	1980	1981	1982	1983	1984
Consultas médicas	4 982 623	5 411 432	6 034 445	6 334 862	-
Consultas odontológicas	258 742	331 821	417 078	439 836	-
Trabajos odontológicos	219 170	532 576	699 963	84 420	-
Dosis de vacuna antipolio	538 178	1 163 853*	1 489 707*	1 716 273*	2 ¹ 072 614 ¹
Dosis de vacuna D.P.T.	384 949	410 693	880 480*	342 395	529 356 ²
Dosis de vacuna antisar- rampión	101 829	225 932*	205 323*	234 085*	273 045
Dosis de vacuna D.T.	156 411	155 229	236 745	191 735	248 771
Dosis de vacuna B.C.G.	81 228	139 327	210 832	195 827	225 500
Dosis de vacuna T.A.B.	18 210	6 619	-	4 415	-
Dosis de vacuna T.T.	527 748	449 362	836 087	815 116	1 115 745
<u>Controles al niño</u>					
Niños atendidos en U.R.O.	71 576	95 674	141 144	172 339	173 081
Crecimiento y desarrollo	-	176 072	313 958	382 768	438 442
Desnutridos	-	128 436	287 828	438 417	398 830+
Pretérmino	-	23 836	22 170	20 011	15 888+
Controles a gestantes	-	137 623	244 627	302 768	152 071
Controles a púerperas	-	6 635	25 159	43 045	-
Muestras de sangre para in- vestigación paludismo	222 236	223 473	300 011	412 858	451 942
Muestras positivas de paludismo	25 465	17 434	15 601	12 907	15 702
Casos nuevos de T.B. incre- sados al programa	1 300	3 723	3 059	2 773	2 703

* Incluye jornadas populares de salud

+ Incluye primer control y subsecuentes

¹ De ellos, 429,501 en Centros y Puestos de Salud

² Unicamente en Centros y Puestos de Salud

Fuente: Elaborado en base a Anuarios Estadísticos, MINSA, 1980-1982 e
Informes Estadísticos Regionales

C U A D R O N ó . 29

CONSULTAS MEDICAS POR HABITANTE SEGUN TIPO DE USUARIO
NICARAGUA 1980-1984

TIPO USUARIO	AÑOS				
	1980	1981	1982	1983	1984
T O T A L	1.8	1.9	2.1	2.1	1.9
NIÑOS (0-14 años)	1.4	-	1.7	1.7	1.6
ADULTOS* (15 años y más)	2.1	-	2.5	2.5	2.3
GESTANTES Y PUERPERAS	0.82	-	1.8	1.6	1.4

* Incluye a mayores de 15 años, menos gestantes y puérperas.

Fuente: Elaborado en base a los Anuarios Estadísticos
MINSA, 1982, 1983, 1984.

C U A D R O No. 30

CONSULTAS MEDICAS OTORGADAS POR TIPO DE SERVICIO
NICARAGUA 1980-1984

A ñ o	T O T A L CONSULTAS	TIPO DE SERVICIO	
		EXTERNO	EMERGENCIAS
1980	4 982 623	4 239 413	743 210
1981	5 411 432	4 667 841	743 591
1982	6 034 445	5 230 657	803 788
1983	6 334 862	5 394 246	940 616
1984	6 045 541	5 101 669	943 872

Fuente: Elaborado en base a Informes Estadísticos Regionales

C U A D R O No. 31

RECETAS DESPACHADAS POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO
NICARAGUA 1980-1983

A Ñ O S	T O T A L RECETAS*	TIPO DE ESTABLECIMIENTO	
		HOSPITALES	AREA DE SALUD
1980	8 969 856	5 684 506	3 285 350
1982	11 612 982	5 297 605	6 315 377
1983	13 036 570	5 768 987	7 267 583

* Toda la República

Fuente: Elaboración propia, en base a Informes Estadísticos Regionales

En 1978 se habían despachado para todo el país un total de 6.807.875 recetas¹, prácticamente la mitad de las que fueron cinco años más tarde (1983), lo cual denota que posiblemente se mantenga e, incluso, haya aumentado la medicalización en la atención.

En cuanto a las tasas de vacunación, éstas pueden competir con las de algunos países desarrollados. Según la UNICEF, en 1984, el 79% de los niños se encontraban protegidos contra la tuberculosis, el 60% contra el sarampión y el 76% contra la polio. Los niños, sector priorizado por la Revolución, han visto mejoradas sus condiciones de salud y atención; y así, en 1980, los vacunados² menores de un año fueron casi el 40% (Cuadro No.32). En 1984 alcanzaría ya el 97% y para 1985 rebasaba la cifra de 108%.³

Respecto a la atención hospitalaria, pueden apreciarse algunos indicadores de producción en el Cuadro No. 33. El número de egresos hospitalarios pasó de 125.000 en 1977 a 200.000 en 1984 y 1985. El número de partos atendidos institucionalmente, así como las pruebas auxiliares de diagnóstico se han ido incrementando paulatinamente. Por su parte, la tasa de mortalidad hospitalaria que se iba reduciendo, experimentó un ligero ascenso desde 1983 (año que se recrudece la agresión). Los egresos por hospitalización, por cien habitantes, y tipo de unidad se detallan en el Cuadro No.34 , en el cual se observa un ascenso en 1983, para descender en 1984.

Las gráficas 1 al 6 muestran una panorámica esquematizada de la situación anteriormente comentada.

1 MINSA Población ... op. cit.

2 El Nuevo Diario, 10 de mayo 1986

3 Ibidem

C U A D R O No. 32

COBERTURA PORCENTUAL DE VACUNACIÓN B.C.G.
 POR GRUPOS ETAREOS
 NICARAGUA 1980-1984

AÑOS \ GRUPO ETAREO	MENORES 1 año	1-14 AÑOS
1980	33%	11.0%
1982	82%	8.8%
1983	88%	6.5%
1984	97%	7.4%

Fuente: Elaborado en base a los Anuarios Estadísticos
 MINSA

C U A D R O No. 33

ATENCION HOSPITALARIA Y SERVICIOS DE APOYO
NICARAGUA 1980-1984

C O N C E P T O	AÑOS				
	1980	1981	1982	1983	1984 +
EGRESOS	178.017	190.577	196.664	207.418	200.360*
ESTANCIAS	1.175.353	1.176.855	1.203.071	1.221.017	1.157.575
TASA MORTALIDAD HOSPITALARIA (defunciones por 100 egresados)	3.1	2.4	2.4	2.6	2.7
PARTOS INSTITUCIONALES	51.559	55.627	59.672	60.261	58.726
INTERVENCIONES QUIRURGICAS	54.457	54.335	55.603	54.021	56.213
EXAMENES DE LABORATORIO	3.046.408	3.133.570	3.624.501	3.822.202	3.741.543
PLACAS DE RAYOS X TOMADAS	309.411	336.589	405.223	393.619	363.831

+ Hojas de admisión y egresos 1984

* Informes Estadísticos Regionales R-I, VI, ZE-I

Fuente: Elaboración en base a anuarios Estadísticos MINSA, 1980-1982, informes Estadísticos Regionales 1984

C U A D R O No. 34

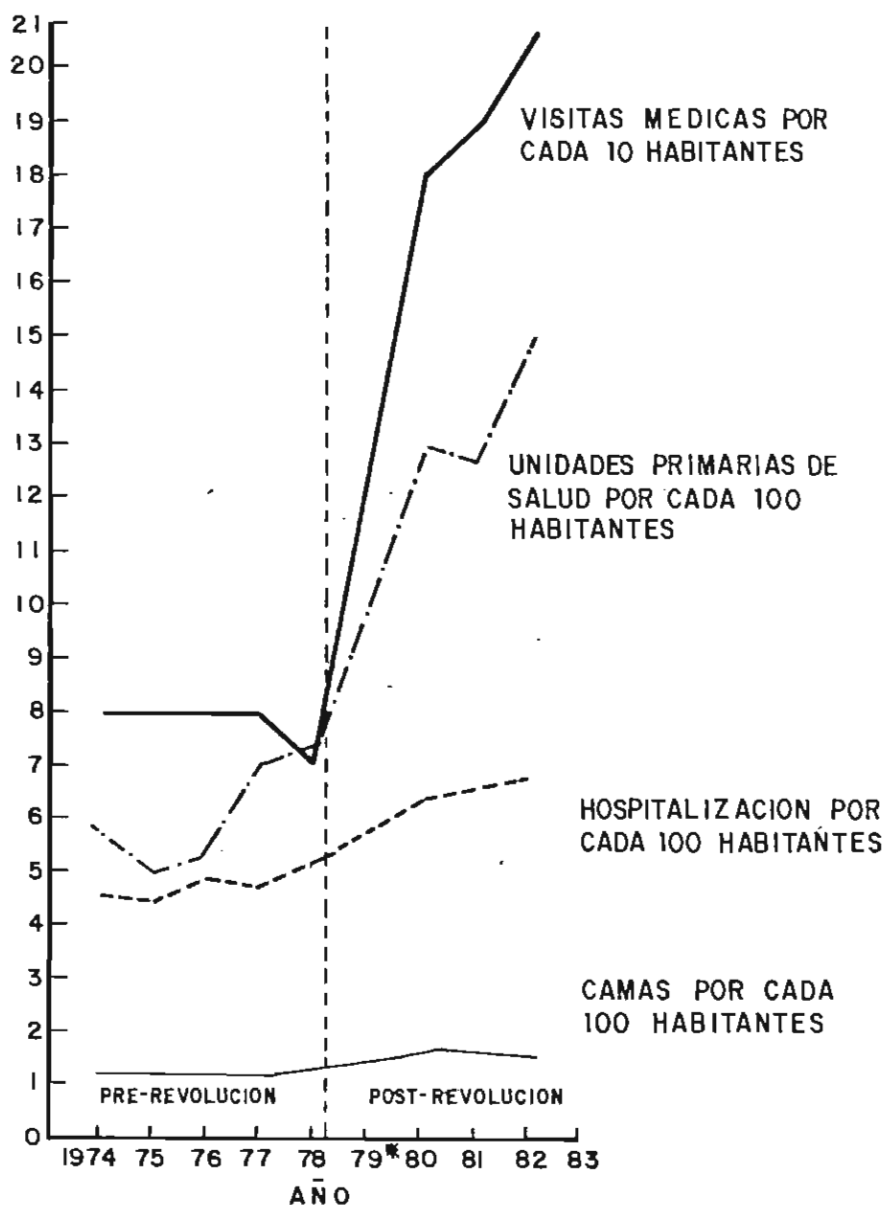
EGRESOS DE HOSPITALIZACION POR 100 HABITANTES
SEGUN TIPO DE UNIDAD. NICARAGUA 1982-1984

CONCEPTOS	AÑOS		
	1982	1983	1984
T O T A L	6.7	6.9	6.3
HOSPITAL ESPECIALIDAD Cobertura Nacional	0.1	0.1	0.1
HOSPITAL CORTA ESTANCIA Y CENTRO DE SALUD Con camas	6.6	6.8	6.2

Fuente: Anuarios Estadísticos MINSa, 1982, 1983, 1984

Gráfica N° 1

FACILIDADES EN SALUD Y SERVICIOS PER CAPITA, NICARAGUA, 1974-1982

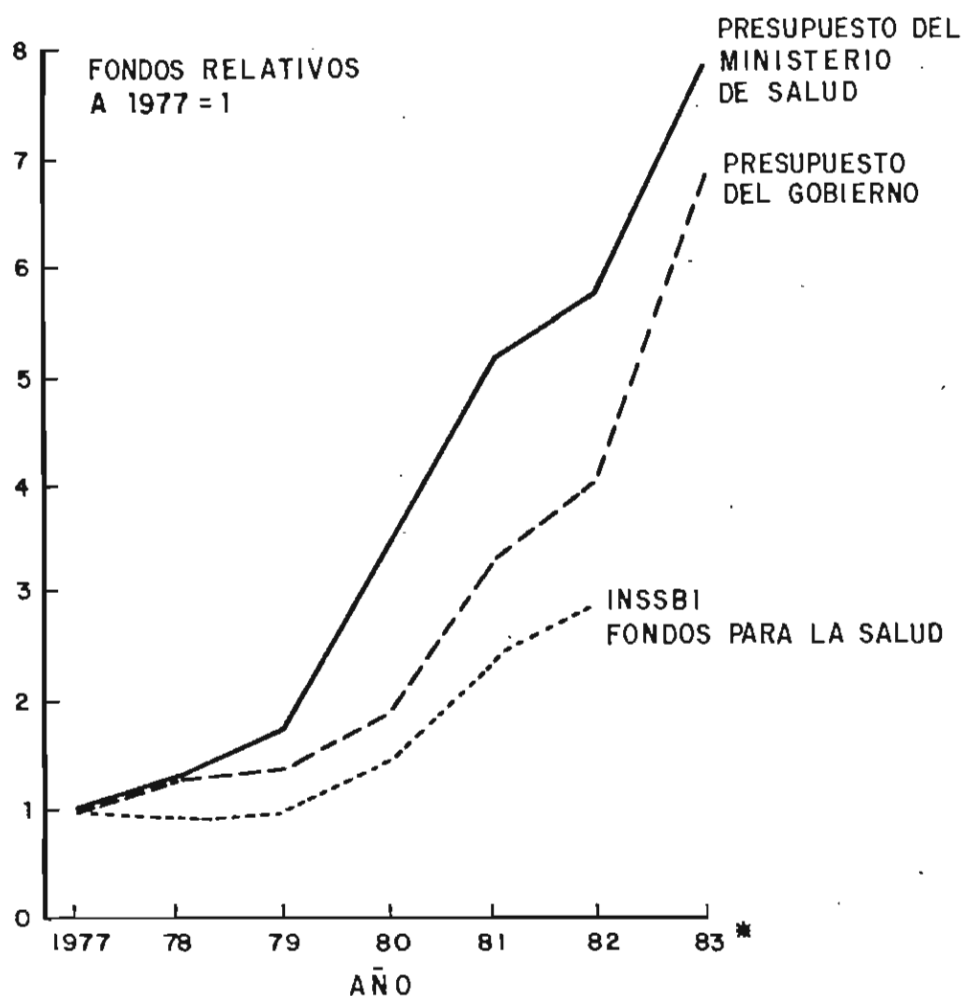


* INFORMACION NO DISPONIBLE POR UNIDADES PRIMARIAS EN SALUD EN 1979

Fuente: Richard M Farfield y Eugenio Taboada "Health Services Reforms in Revolutionary Nicaragua", American Journal of Public Health, October 1984. Vol. 74 N° 10.

Gráfica N° 2

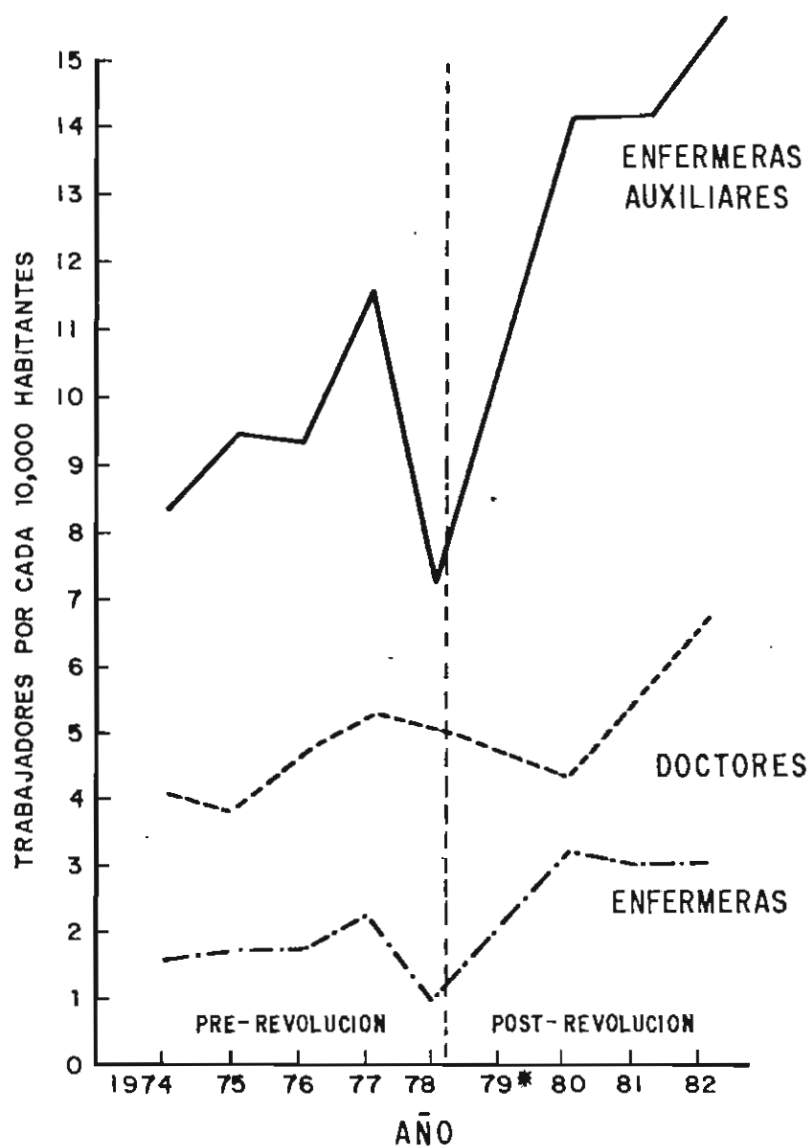
FONDOS PARA EL MINISTERIO DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL Y PRESUPUESTO
GENERAL DEL GOBIERNO, NICARAGUA 1977-1983



* INFORMACION NO DISPONIBLE PARA INSSBI

Fuente: Richard M Farfield y Eugenio Taboada "Health Services Reforms in Revolutionary Nicaragua", American Journal of Public Health, October 1984. Vol. 74 N° 10.

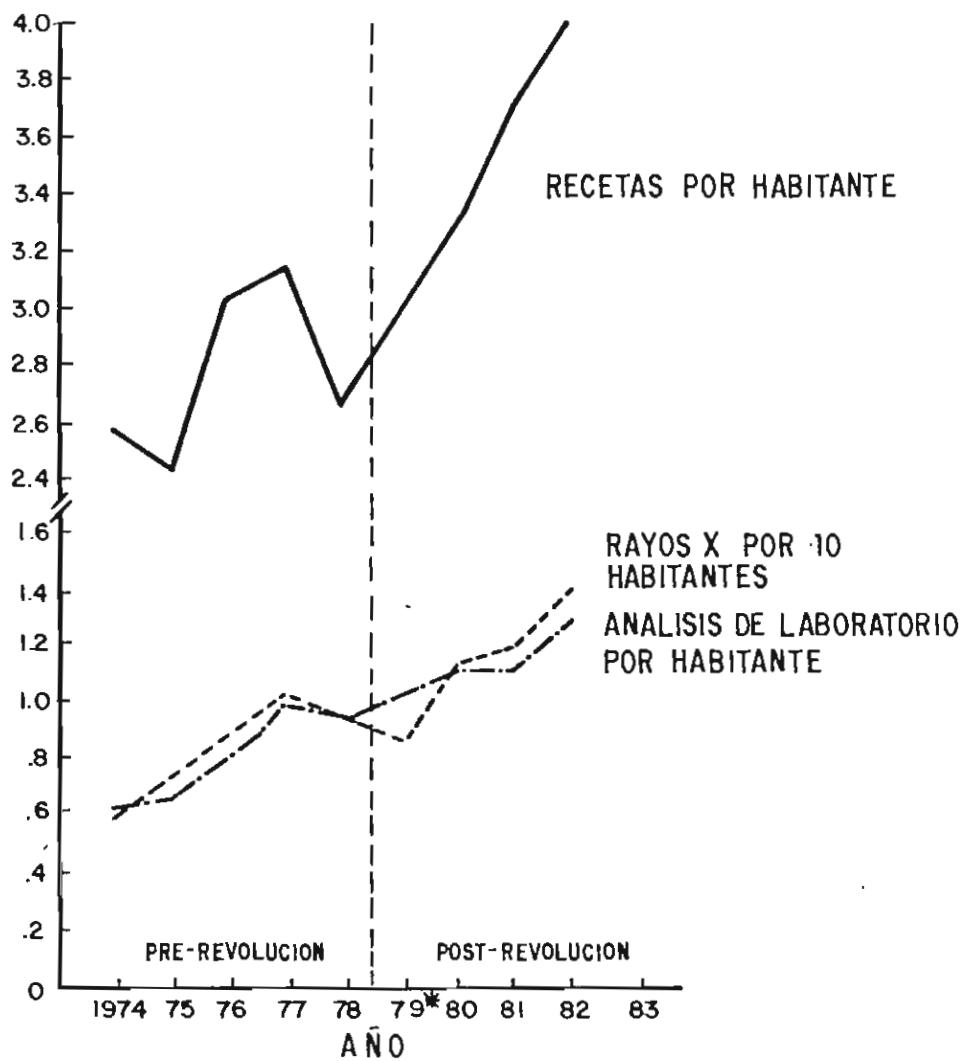
Gráfica N° 3
 TRABAJADORES DE LA SALUD POR CADA 10,000 HABITANTES
 NICARAGUA, 1974-1982



* INFORMACION NO DISPONIBLE PARA 1979

Fuente: Richard M. Arfield y Eugenio Taboada "Health Services Reforms in Revolutionary Nicaragua" American Journal of Public Health, October 1984. Vol. 74 · N° 10

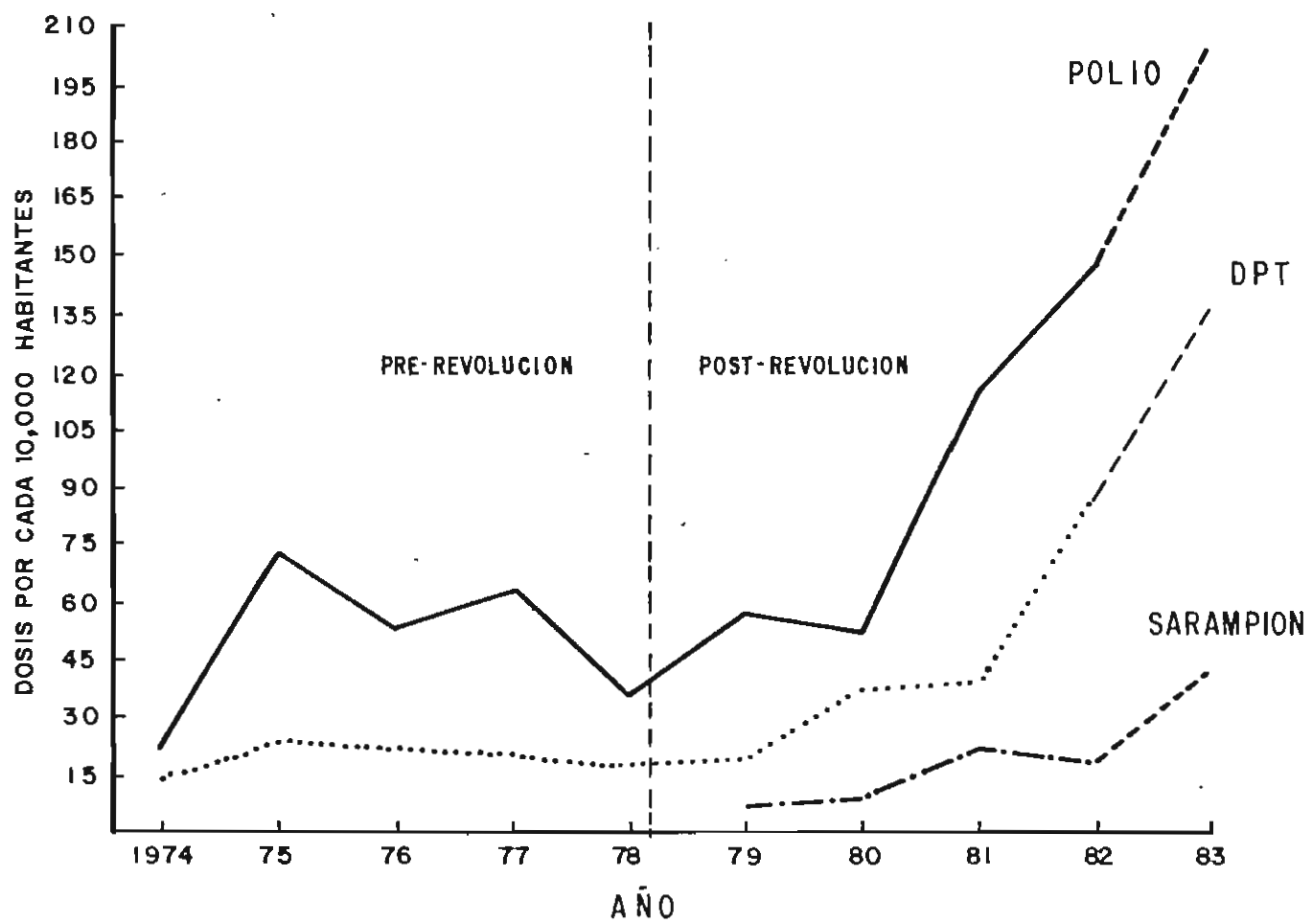
Gráfica N° 4
 SERVICIOS MEDICOS AUXILIARES, NICARAGUA 1974 -1982.



* INFORMACION NO DISPONIBLE PARA RAYOS X, Y RECETAS EN 1979.

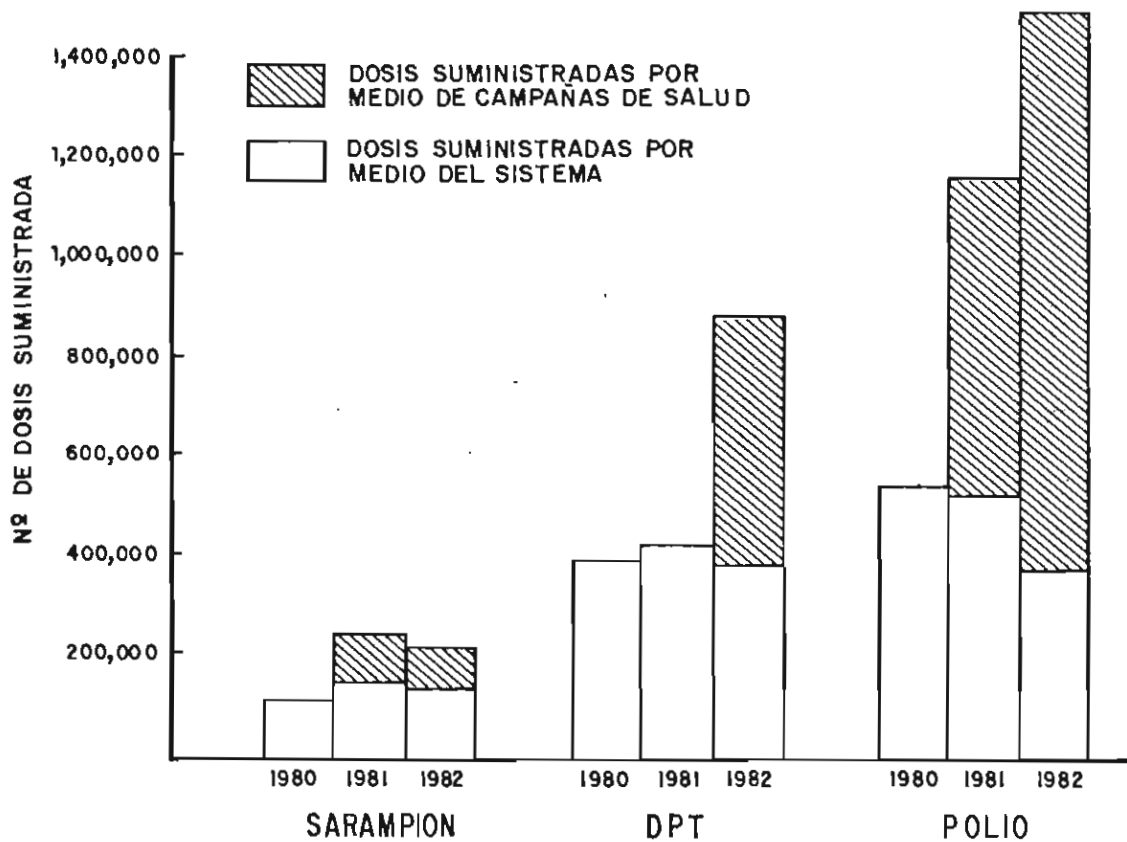
Fuente: Richard M. Farfield y Eugenio Taboada "Health Services Reforms in Revolutionary Nicaragua", American Journal of Public Health, October 1984. Vol. 74 N° 10.

Grafica N° 5
 DOSIS DE VACUNAS SUMINISTRADAS CONTRA LA POLIO, DPT Y SARAMPION
 NICARAGUA, 1974-1983



Fuente: Richard M Farfield y Eugenio Taboada "Health Services Reforms in Revolutionary Nicaragua", American Journal of Public Health, October 1984. Vol. 74 N° 10.

Gráfica N°6
 DOSIS DE VACUNAS CONTRA LA POLIO, DPT Y SARAMPION SUMINISTRADAS
 POR FUENTE, NICARAGUA, 1980-1983



Fuente: Richard M Farfield y Eugenio Taboada "Health Services Reforms in Revolutionary Nicaragua", American Journal of Public Health, October 1984. Vol. 74. N° 10.

Finalmente, los recursos financieros destinados al sector salud fueron aumentando de forma sostenida durante los primeros años de la Revolución. Así, el gasto per capita en salud (presupuesto MINSA) ha ido evolucionando de la siguiente manera:

1980 :	C\$ 282	(US \$28)
1981 :	C\$ 322	(US \$37)
1982 :	C\$ 405.5	(US \$40)
1983 :	C\$ 506	(US \$50)

C\$ = córdobas

El presupuesto nacional asignado al MINSA¹ era del 11% pero debido a la difícil situación económica ocasionada fundamentalmente por la agresión ha disminuido al 8%; ocupando la salud el tercer lugar dentro del presupuesto de la República.

6.4.7 Problemas en el Funcionamiento del Modelo de Atención

Aun a pesar de los avances experimentados, no obstante se han planteado algunos problemas y limitaciones respecto a la red de servicio para la atención a la salud. Básicamente, estos problemas pueden agruparse en dos grandes tipos: 1) problemas, derivados de limitaciones y factores objetivos; 2) problemas de índole subjetivo, fundamentalmente relacionados con los trabajadores de la salud.

Respecto al primer tipo de problemas, destacan los siguientes:

1 Iván Tercero, "El Sistema Nacional... op. cit."

1. Déficit en la infraestructura de la red de servicios, consecuencia de la instalación heredada, asimismo, hasta 1979 la organización de los servicios se caracterizaba por ser un sistema desarticulado, escaso, concentrado en las ciudad del Pacífico y desvinculado de los aspectos curativos y preventivos. Esto ha incidido y continúa incidiendo en el funcionamiento del sector y en la prestación de servicios a la población.
2. La agresión militar, política e ideológica a que ha sido sometida la Revolución por la administración estadounidense, junto con el bloqueo económico.
3. La reducción progresiva de la capacidad para dar mantenimiento a las unidades, como consecuencia de los escasos recursos financieros, principalmente divisas, que no alcanzan a cubrir las necesidades del sistema. Esto se traduce en falta de recursos humanos; instrumental y equipo escaso o en mal estado (casi todo obsoleto); medicamentos y otros insumos médicos limitados, etc.¹

Los factores más negativos son la agresión contrarrevolucionaria y el efecto de la crisis económica. Estos han contribuido al deterioro de la capacidad física instalada, a la disminución de los recursos materiales y del abastecimiento de medicamentos e insumos médicos, así como a las dificultades para el mantenimiento y reparación de los equipos, todo lo cual ha impactado realmente sobre la producción de servicios.

Es necesario resaltar, por su evidencia, que la agresión está imponiendo su propia epidemiología al incidir en el estado de salud de la población y provocar

¹ Cfr. MINSA, Lineamientos de política... op. cit. y MINSA, Plan de Salud 1986, op. cit.

una distorsión de la realidad existente con fenómenos tales como: las imigraciones poblacionales, las zonas de difícil penetración, la movilidad de grupos de gente y otras situaciones que no estaban previstas, ... que han afectado directamente al funcionamiento del sistema de salud al no estar éste preparado para enfrentarlos de la mejor forma posible.

Pero junto a estos factores de tipo objetivo, se presentan otros de índole subjetivo derivados de las acciones y actitudes de los trabajadores de la salud. El Consejo Nacional de FETSALUD, expuso recientemente en su reunión de los días 7 y 8 de agosto de 1986 una serie de autocríticas en torno a la actuación de los trabajadores de la salud y a los retos que tienen planteados en la atención a la población. Del análisis de las resoluciones¹ a las que se llegaron en dicho Consejo, se puede definir la problemática siguiente:

- Fuerte ausentismo e indisciplina laboral en diversas facetas, llegando en algunos centros a alcanzar niveles de hasta un 40% de ausentismo en algunas jornadas laborales.
- Deficiencia en la aplicación de mecanismos de supervisión y asesoría técnica en la propia unidad y de parte de las estructuras regionales y centrales. En ocasiones no existen controles administrativos, desconociéndose los inventarios de medicamentos, equipos, etc.
- Ciertas anomalías en algunas unidades de salud, tales como: mal trato a los pacientes, abuso de los bienes del pueblo (fugas de medicamentos y otros recursos), corrupción de funcionarios administrativos y cobro por servicios prestados en las unidades de salud.

¹ Consejo Nacional de FETSALUD, Resoluciones, Mimeo (inédito), Managua, 8 de agosto de 1986.

- Equívoca interpretación de las normas de productividad (los médicos suelen organizar su trabajo en función de los pacientes a atender y no por las horas contratadas)¹
- Problemas en la recepción de pacientes en las unidades debido a la mala organización: la gente tiene que hacer fila desde horas de la madrugada para ser atendida y los números que se dan para determinar el orden de la consulta sirven para limitar la cantidad de personas a atender. Es decir, se mantiene todavía una actitud pasiva, de atención a la demanda espontánea.
- Falta de utilización de criterio de riesgos derivados de la evolución y pronóstico del cuadro clínico de cada paciente para definir conductas y organizar la atención y vigilancia periódica de los pacientes.¹

Todas estas cuestiones son en suma, el reflejo de las contradicciones propias de una sociedad en transición, caracterizado en el plano teórico por un nivel de discurso determinado (nueva concepción del proceso salud-enfermedad) que aun no ha llegado a imponerse totalmente desde el punto de vista ideológico y cultural; y, en la práctica, por la permanencia de ciertos elementos característicos del modelo médico hegemónico durante el somocismo, tales como el concepto de salud-enfermedad y la práctica predominante en ciertos sectores del personal de salud.

¹ Cfr. MINSA, Plan de Salud 1986, op. cit.

7. LA PARTICIPACION POPULAR EN LA GESTION DE SALUD

7.1 Proceso de Participación y Organización Popular

Abordar el fenómeno de la participación popular en salud en Nicaragua, implica - abandonar previamente los esquemas de pensamiento tradicionales que configuran la participación popular en el campo de la salud básicamente como una estrategia para la ex tensión de cobertura a bajo costo. En Nicaragua, si bien se considera este aspecto en la medida que con la participación se obtienen grandes metas y a bajo costo (sobre todo, si consideramos el contexto de agresión, crisis económica existente), el aspecto fundamental lo constituye la finalidad misma que supone la participación popular en la gestión en salud. Esta, se encuentra inmersa en un proceso más amplio, es parte de un componente más general que es la sociedad y, particularmente, de una sociedad en revolución. De esta manera, la participación popular en salud se articula a los distintos modos de organización social existentes y se vincula a un proyecto político que pretende expresarse a través de una democracia sustantiva.

Para comprender el concepto y práctica de la participación popular en la salud que se da en Nicaragua, es preciso tener en cuenta dos aspectos: 1) La concepción de democracia participativa que, tanto a nivel teórico como en su vertiente práctica, se trata de construir en el país; y 2) Las transformaciones operadas en cuanto al aborda je teórico-práctico del proceso salud-enfermedad.

Respecto al primer aspecto, y como ya vimos en el apartado correspondiente, la democracia -y, por consiguiente, la participación- en Nicaragua no se concibe como la sim ple celebración de elecciones como mecanismo que reduce la participación del pueblo a confirmar el sistema existente. En Nicaragua, la democracia tiene que ver con la socialización y el ejercicio de poder por parte del pueblo. En este sentido se conside ra que si el poder no solamente se ubica en el aparato de Estado sino también en el

interior de la sociedad civil, entonces una democracia sustantiva, participativa, implica "la posibilidad del pueblo de participar activa y permanentemente en las decisiones fundamentales que afectan su propia vida y la de su país, no solamente a través del sufragio ni a nivel del gobierno/estado sino en todos y cada uno de los ámbitos de su vida cotidiana: en el centro de trabajo, el barrio, la escuela, el sindicato, etc."¹

De ahí no sólo el desarrollo alcanzado en la organización popular a través de los organismos de masas, sino la creación y existencia de diferentes sustancias, mecanismos y modalidades de participación social anteriormente analizadas.

Por otra parte, la salud, a partir del triunfo revolucionario, adquiere, como ya se ha indicado, una consideración dialéctica: deja de ser un concepto abstracto y se convierte en una realidad histórica determinada. En esta medida está indisolublemente ligada a todo el movimiento de desarrollo social, económico y político de la sociedad nicaragüense. Desde esta perspectiva, el sector salud en cuanto a políticas y objetivos, se encuentra lógicamente vinculado a las transformaciones, que se producen como consecuencia del avance revolucionario.

Por lo tanto, partiendo de ambas premisas, democracia participativa y nuevo concepto de salud, es posible comprender la dimensión de la participación popular en el campo de la salud: si las organizaciones de masas impulsan, con su práctica, el proceso revolucionario, están orientando, en suma, la actividad a la construcción de su propia salud.

Sin embargo, la participación popular no es un fenómeno que se aparece en Nicaragua como consecuencia, o mejor dicho, tras la Revolución Sandinista. El Estado Revolucionario, si bien promueve e impulsa la participación, no ha otorgado la misma.

¹ Rosa Ma. Torres "Los CEP: Educación popular y democracia participativa en Nicaragua", Cuadernos de Pensamiento Propio, Managua, 1985, p. 9.

La participación es en cierto modo, un derecho histórico conquistado por el pueblo nicaragüense en la lucha antisomocista, que tiene su expresión y reconocimiento en el nuevo orden revolucionario.

Los orígenes más inmediatos de la participación popular en Nicaragua, en su expresión actual, hay que buscarlos en el desarrollo de las formas contra-hegemónicas que se dan durante la etapa insurreccional y que tienen como consecuencia la expansión de la sociedad civil, fundamentalmente, de 1977 a 1979, a través del surgimiento de múltiples organizaciones de masas. La efectividad del proyecto contra-hegemónico daría lugar a que la sociedad civil se convirtiera en la base de oposición al régimen somocista, llegando a provocar la ruptura del vínculo orgánico entre la sociedad política y la sociedad civil.

La participación popular en la destrucción de la estructura de dominación somocista, va acompañada de distintas formas de organización de las masas como elemento indispensable para la toma del poder. En el campo específico de la salud, la organización popular llega a preparar una especie de aparato de salud que coadyuve a lograr el objetivo final de conquistar el poder por parte de las fuerzas revolucionarias. En este sentido, el pueblo participó en la creación de clínicas y fármacos clandestinos, puestos de salud, formación de brigadistas de primeros auxilios y organismos de defensa civil e, incluso, hospitales de campaña para la atención de los heridos de guerra. Con estas acciones, además de contribuir a lograr el objetivo mencionado, el pueblo nicaragüense se estaba preparando para la toma de un subsistema de la sociedad, el subsistema de la salud.

En este sentido, la participación popular en Nicaragua adquiere una connotación específica como fenómeno histórico-social que se origina y desarrolla en una sociedad históricamente determinada.

Con el triunfo revolucionario, se produce inicialmente un desbordamiento espontáneo de las masas que se orienta a la reconstrucción del país. En el campo de la salud, se da una participación popular en la reconstrucción y nueva construcción de centros y puestos de salud, llegándose a una cifra de entre 40 y 50 puestos y centros de salud construidos con el apoyo y el esfuerzo de la población.

El Estado Revolucionario asume como uno de sus principios la participación popular en salud, y así, el SNUS reconoce que "la comunidad debe participar en todas las actividades de salud".¹

A un nivel de mayor concreción, se considera que la participación popular en salud en la sociedad revolucionaria debe contemplar los siguientes elementos:

1. La participación popular en salud no puede considerarse en forma aislada del contexto social. Adquiere su significado preciso con la participación del pueblo en la gestión y dirección global de la sociedad.
2. No puede lograrse una participación real sino es a través de las organizaciones propias del pueblo, que asumen en forma programada y progresiva diferentes tareas entre las que se encuentran las de la salud. El crear estructuras organizativas a nivel popular exclusivamente para trabajar en salud (comités de salud), además de producir una imagen parcializada de la sociedad, lleva a desvirtuar la participación efectiva.
3. No debe confundirse participación popular con "vinculación". Usualmente se afirma que el hecho de que los "comunitarios", actuando individualmente ejecuten actividades dentro de programas de salud (colocación de letrinas, excavación de pozos, etc.) es lo que debe entenderse por participación. Esto es vinculación y no participación, ya que ésta última implica poder de decisión en

¹ MINSAL, El Sistema Nacional... op. cit. p. 19.

todas las fases de los programas, desde la planificación hasta la evolución pasando indiscutiblemente por la ejecución.

4. En Nicaragua la participación popular se ha transformado de instrumento de dominación del pueblo que era implementado por una minoría que poseía el poder, en instrumento de realización de las aspiraciones populares, a través de la conformación del poder popular.¹

Es decir, la participación popular en salud, como fenómeno histórico social, se concreta en Nicaragua mediante el ejercicio de la gestión integral en salud como expresión del poder popular y, en este sentido, no se concibe solamente como el desarrollo de actividades sino como un proceso por medio del cual se pretende que el pueblo organizado participe integralmente en la investigación de los problemas, en la planificación, programación, ejecución, supervisión y evaluación de los programas y servicios de salud. También debe entenderse la participación popular en la gestión de salud como la proporción o planteamiento de problemas y posibles soluciones, la presentación de planes y proyectos que contribuyan a una planificación, programación y ejecución de los programas.

Desde esta perspectiva, la participación se identifica con el ejercicio del poder popular en cuanto que implica la toma de decisiones en los diferentes aspectos que integran la gestión en salud.

7.2 Dimensiones de la Participación Popular en el Campo de la Salud

7.2.1 Mecanismos y Modalidades de la Participación

Todo proceso de participación popular en la gestión del Estado es un proceso

¹ MINSA-OPS, La Participación Popular en Salud, XXVI Reunión de Ministros de Salud Pública y XI de Directores Generales de Salud de Centroamérica y Panamá, 1981, pp. 38-39.

largo y complejo que requiere para su efectiva realización de dos condiciones básicas: la toma de conciencia por parte de la población de la importancia de la participación y la necesaria reestructuración del Estado para permitir dicha participación popular.

Con el Estado Revolucionario, no sólo se reconoce, asume y defiende el derecho del pueblo a su salud sino que también se pretende la creación, fortalecimiento y consolidación de los mecanismos necesarios que garanticen el proceso de interconsulta pueblo-gobierno. Mediante estos mecanismos, "se pretendía que la acción de las masas en salud eludieran la improvisación y el impulso de acciones no vinculadas en forma orgánica a líneas definidas, bajo el entendimiento que la participación popular no es tal, sólo por ser masiva, integradora movilizadora, sino también porque ésta tiene objetivos, características y un profundo contenido estratégico".¹

Para favorecer el proceso de participación en salud, las organizaciones de masas contemplan en sus estructuras organizativas un responsable de salud a todos los niveles (nacional, regionales, departamentales, municipales, de barrio y cuadra), y contribuir así al desarrollo de acciones que posibiliten la mejoría de las condiciones de salud del pueblo nicaragüense.

A continuación se describen las estructuras, mecanismos y modalidades a través de los cuales se ha producido y se produce la participación popular en salud en Nicaragua y, asimismo, como se realiza.

En julio de 1980 se constituyó la Comisión Nacional Popular de Salud, que más tarde cambiaría su nombre por el de Consejo Popular Nacional de Salud, (CPNS)

¹ Consejo Popular Nacional de Salud, "La Participación de las Organizaciones Populares", Primer Congreso Nacional Jornadas Populares de Salud, Managua, 1984, pp. 5-6.

como instancia organizativa que sirviera de enlace y coordinación entre el pueblo organizado y el MINSA a nivel central. La Comisión, pues, era el organismo mediante el cual se garantizaba la participación del pueblo en la gestión de salud, "ya sea en la investigación de necesidades como la planificación de actividades y evolución de resultados. La Comisión Popular de Salud viene a materializar la idea de plasmar las aspiraciones del pueblo en programas concretos. Es un avance organizativo entre el Estado y el pueblo, para determinar líneas de acción y canalizar las actividades e inquietudes del pueblo en forma coordinada".¹

La CNPS quedó integrada por un representante de cada organismo de masa, - (ATC, CST, JS19J, AMNLAE, FETSALUD, C.S, ANDEN, ANS y Asociación de Padres de Familia), designado por su organización, más el Ministerio de Salud. Como Secretaría Técnica de la CNPS actuaría la División de Educación y Comunicación Popular de Salud del MINSA.

El objetivo principal del CPNS 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. Asimismo, otro objetivo general lo constituía recuperar la capacidad del pueblo de producir salud, apropiándose de los conocimientos básicos de salud que le sirvieran de instrumento para desarrollar actividades colectivas concretas.

Como objetivos específicos se planteaban:

- Impulsar la capacitación popular en coordinación con el MINSA, formando brigadas o responsables populares de salud que, a través de su trabajo vo-

¹ CNPS, La Participación de las Organizaciones... op. cit. p. 6 MINSA, Objetivos, Estructura y Funciones de la Comisión Popular de Salud, Mimeo, Managua, 1980, p. 2.

luntario, contribuyan a formar las estructuras de salud del pueblo organizado.

- Elevar el nivel educativo en salud del pueblo, participando en los programas de educación popular a nivel nacional.
- Crear los mecanismos necesarios que permitan el desarrollo de actividades de salud de manera conjunta y coordinada.
- Promover el conocimiento de los programas de salud a todos los integrantes de la comisión popular y los consejos populares a nivel nacional.
- Promover, impulsar y ejecutar los programas de salud, discutidos, priorizados y aprobados por la Comisión o el Consejo Popular.
- Plantear la solución de los problemas prioritarios, en base a la realidad económica del país, las posibilidades del MINSA y los organismos de masas.
- Contribuir a un mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales, enfatizando el cumplimiento de las actividades por parte del pueblo organizado y trabajadores de la salud.
- Divulgar a través de los medios disponibles, los proyectos, programas, logros y limitaciones del MINSA y los organismos de masas en la gestión de salud.¹

El CPNS es una instancia organizativa de tipo colectivo, donde las decisiones son también colectivas. La dirección del mismo es única, planificándose su trabajo de manera colegiada. En la evaluación de sus actividades se utiliza la crítica y la autocrítica como instrumento de trabajo, y todas sus reuniones

¹ MINSA, Objetivos, estructura, ... op. cit. pp. 3-4.

serán previamente planeadas en cuanto al orden del día. el CNPS se reúne mensualmente, si bien existen reuniones extraordinarias.

Por último, las funciones asignadas al CNPS, son las siguientes:

- Establecer la coordinación necesaria y efectiva con el MINSA (Ministro) y mantener reuniones de trabajo mensual. Las reuniones serán
 - a) De análisis, planificación y programación.
 - b) De conocimiento de proyectos y nuevos programas, discusión y acuerdos.
 - c) De presentación de informes y planes por parte del consejo.
 - d) De evaluación periódica.
- Conocer, aprobar y apoyar las políticas de salud y las prioridades que se establezcan.
- Normar y orientar las actividades de las comisiones populares departamentales de salud y los consejos populares de áreas de salud (Municipios).
- Canalizar información a las bases dando a conocer orientaciones y lineamientos sobre la impulsión y desarrollo de actividades.
- Canalizar información de las bases a las autoridades correspondientes sobre las necesidades, inquietudes y soluciones que planteen los organismos de masas.
- Impulsar la educación popular en salud, organizando cursos, talleres y seminarios para la capacitación de las masas, coordinando esfuerzos con el personal de salud.
- Planificar y programar actividades de salud a nivel nacional, enfatizando los aspectos preventivos.

- Orientar la ejecución de campañas colectivas sobre inmunizaciones, limpieza masiva, etc.
- Vigilar y controlar el adecuado cumplimiento de los programas del MINSA - Organismos de masas.
- Evaluar el desarrollo e impacto de los programas y actividades realizadas.
- Presentar informes mensuales y planes de trabajo de cada organismo miembro para su discusión y aprobación.¹

Actualmente, el objetivo general del CPNS es lograr la salud para la población nicaragüense, a través de la participación integral del pueblo organizado en todo el proceso de gestión: planificación, programación, organización, ejecución, supervisión y evaluación de los programas y servicios de salud; así como en la formación de cuadros.

Como objetivos específicos se plantea:

- Definir e impulsar mecanismos de investigación que permitan conocer los problemas y necesidades de salud en los diferentes sectores sociales y, por lo tanto, tener elementos de juicio reales y objetivos para racionalizar los servicios del pueblo en el acervo de las prioridades de la Revolución de forma más efectiva y austera.
- Planificar y programar las acciones de salud combinando criterios políticos y técnicos, tomando como base fundamental el conocimiento real de las necesidades del pueblo y su participación integral, que permitan ir avanzando en la transformación de las relaciones estado-masa y transformando la situación de salud de los nicaragüenses.

¹ Ibidem pp. 5-6.

- Apoyar el desarrollo político-organizativo de las organizaciones de masas a través de la organización y ejecución coordinada de los proyectos, programas de salud que movilicen al pueblo en torno a la solución de sus problemas más sentidos.
- Ejercer el control sobre los bienes y recursos; velando por la austeridad, eficiencia en la ejecución de los proyectos, programas y en la calidad de los servicios de salud del pueblo.
- Participar en la definición y ejecución del plan de formación de cuadros y educación popular.

La participación popular en salud no se agota en el nivel central, dado que a nivel regional y local se reproducen instancias similares de participación mediante los Consejos Populares de Salud (CPS). Estos tienen la misma estructura orgánica que a nivel nacional.

El inicio y la conformación de los CPS son difíciles de precisar, si bien responden a la necesidad ya apuntada de establecer una coordinación efectiva entre las organizaciones populares y el MINSA para:

- Conocer la situación de salud del área, así como las políticas de salud y las prioridades establecidas, para canalizar esta información a las bases.
- Cumplir con las orientaciones y lineamientos que emanen del Consejo Nacional.
- Adecuar los programas de salud a la realidad de su área facilitando la investigación, diagnóstico e información de las necesidades más sentidas y apremiantes del pueblo.

- Establecer la coordinación necesaria y efectiva con la unidad de salud de su área.
- Priorizar los problemas de la comunidad para darle solución en conjunto: unidad de salud y consejo popular.
- Incorporar a las masas en todas las fases de la toma de decisiones, sobre programas y proyectos, tanto en su planificación y programación como la ejecución, desarrollo, control y evaluación de los mismos, como una práctica democrática de formación a todos los niveles.
- Contribuir al desarrollo de las capacidades del pueblo para obtener la participación consciente en todos los programas de salud y desarrollo comunal.
- Impulsar y apoyar la educación popular en salud, a fin de garantizar la capacitación de las masas acerca de la problemática de salud, en coordinación con el personal del centro de salud.
- Participar en la organización de actividades, definir las líneas de participación y bajar las orientaciones respectivas.
- Vigilar el cumplimiento de las normas y la calidad de la atención médica.
- Organizar cursos, seminarios, charlas, etc. que contribuyan a la formación de los responsables y brigadistas populares de salud.¹

No obstante, según regiones y áreas, la experiencia ha demostrado que se han producido variaciones tanto en la composición y funciones de los CPS, dependiendo de los problemas que enfrentan la comunidad organizada y los centros estatales que tienen que ver en forma directa o indirecta con la salud.

¹ En base a: MINSA, Objetivos... op. cit. pp. 6-7; MINSA-OPS, Participación popular... op. cit. p. 12 y CNPS, La Participación de las Organizaciones... op. cit. pp. 7-8.

Asimismo, en algunas regiones se formaron comités de salud por barrios, el cual contaba con un responsable de salud por manzana o cuadra, perteneciente a los CDS. Posteriormente, con la formación de las zonas en las ciudades se nombró un responsable de salud de la zona, lo que permitía contar con una estructura para el desarrollo de todo tipo de actividades para la salud de la comunidad.

El funcionamiento y trayectoria de los CPS,¹ sin embargo, ha presentado algunos problemas que impiden que los consejos se hayan convertido de forma generalizada en verdaderas instancias de participación popular. Entre estos problemas destacan los siguientes:

1. La escasa experiencia y desconocimiento en torno al papel de las masas en el Estado y de éste en coordinación con las masas, lo que ocasionó que, en la primera etapa, los consejos se constituyeran en apoyo del MINSA y, en algunos casos, como un instrumento operativo del mismo.
2. La necesidad de ampliar la coordinación con aquellos ministerios que impulsan programas de salud a fin de evitar la duplicidad y dispersión de recursos.
3. La poca beligerancia del CNPS, ya que era el MINSA quien impulsaba los CPS, por lo que le daba a éstos y a las tareas impulsadas un carácter institucional que en nada favorecía el desarrollo de un espíritu de gestión de las masas.¹

El desarrollo organizado, en cuanto a instalación de CPS se refiere, ha ido bastante desigual en todo el país y ha dependido de factores como la tradición de lucha de la localidad, zona o departamento; el grado de agresión contrarrevolucionaria experimentada, ahí como otros factores socioeconómicos.

¹ CNPS, La Participación de las Organizaciones... op. cit.

Esto provoca que se encuentren regiones o departamentos con un desarrollo importante y otros con un desarrollo intermedio o escaso. Así, por ejemplo, en la Región I, existen diez áreas de salud y en casi todas se han instalado y funcionan CPS¹; mientras que en la Región VI, tan sólo existen conformados CPS en seis de las doce áreas de salud con que cuenta la región.²

Uno de los primeros procesos estructurados de participación que se dió en Nicaragua fue el denominado como jornadas populares de salud (JPS), en las cuales se combinaron la participación y la movilización popular. Previamente se habían desarrollado por parte de los organismos de masas, a través de los brigadistas populares de salud (BPS) pertenecientes a dichos organismos, determinadas acciones que respondieron a necesidades planteadas en cada localidad. Entre estas tareas destacan:

- Construcción de puestos y centros de salud, como medios para mejorar los servicios de salud.
- Realización de censos y vacunación antipolio con cobertura hasta del 79% en algunos departamentos.
- Vacunación antirrábica canina, principalmente en las zonas urbanas.³

El proyecto de las JPS viene a ser la materialización del trabajo conjunto realizado a partir del CPNS en cuanto a la concreción de una serie de necesidades, ideas y posibilidades; y, en particular, la de eliminar la duplicación de

1 Según entrevista personal mantenida en Estelí con la asistente del Director Regional de Salud de la Región I en agosto de 1986.

2 Según entrevista personal mantenida en Matagalpa con el responsable regional de DECOPS de la Dirección Regional de Salud de la Región VI, en agosto de 1986.

3 DECOPS, "Las jornadas populares: un proyecto de participación popular en Nicaragua", Rev. CSUCA No. 17, S. José, Costa Rica, septiembre-diciembre, 1980, p. 175.

esfuerzos por parte de los organismos de masas y el MINSA y, asimismo, desarrollar un nuevo concepto de salud donde el pueblo desarrollara su capacidad de producir salud basándose, sobre todo, en la metodología de educación popular, en la organización comunal y haciendo énfasis en la medicina preventiva, la salud materno-infantil y la salud del trabajador.

Concebidas de esta manera, las JPS constituirán un proyecto que se origina, programa, ejecuta y evalúa con la participación de las organizaciones de masas y el MINSA. Su particularidad determina un avance fundamental en el campo de la salud pública, ya que el enfoque contemplado en las JPS posibilitaría transformar prácticas tradicionales en nuevas formas de abordaje de la atención a la salud del pueblo nicaragüense.

Una de las características que van a revestir las JPS es la de "pasar de la simple realización de acciones, al conocimiento de la situación de salud y su transformación". La participación popular en la revolución implica la participación del pueblo organizado en todo el proceso partiendo de la planificación de los programas de salud. Esto no se logra inmediatamente, sino que es un proceso en el que se parte de la ejecución de tareas, pero donde se progresa hacia grados más profundos de participación.¹

Los objetivos generales a cumplir por el proyecto de las JPS eran:

- Consolidar la participación popular en salud a todos los niveles de forma organizada y estructurada en los CPS.
- Elevar el nivel educativo del pueblo de tal manera que lo lleve a ser gestor y productor de salud a través de conocimientos básicos y actividades preventivas.

¹ MINSA, Educación y Participación en Salud, Managua, 1981, p. 19.

- Empezar la realización de movilizaciones colectivas que permitan el control o erradicación de enfermedades de gran significado en el perfil de morbi-mortalidad (polio, sarampión, tétanos, malaria, diarrea, tosferina, difteria y rabia).
- Provocar un cambio sustancial en el concepto que tiene el pueblo sobre la salud y revalorar la importancia del aporte de la comunidad organizada en las tareas emprendidas para solucionar los problemas de salud.

Como objetivos específicos se establecían:

- Fortalecer el funcionamiento de los CPS en todos los niveles.
- Desarrollar acciones concretas con la participación popular que permitan transformar condiciones del ambiente y disminuir los índices de morbilidad por enfermedades transmisibles.
- Adiestrar masivamente a brigadistas de salud provenientes de las organizaciones de masas con el objetivo de que realicen acciones tendientes a incrementar el nivel de conocimientos preventivos y de atención primaria en la comunidad asignada.
- Lograr el conocimiento de los principales problemas de salud de cada sector por la propia comunidad organizada.
- Priorizar las tareas de salud en base a las necesidades reales de la comunidad y realizar los trabajos voluntarios durante las movilizaciones con apoyo del MINSA.
- Contribuir efectivamente en la solución de los problemas de salud priorizados y obtener subproductos vitales para el desarrollo de la atención integral que persigue el SNUS.

Respecto a la estructura y funcionamiento de las JPS, el nivel de dirección nacional estaba integrado por el Ministerio de Salud y el CNPS. En el nivel departamental y municipal esta estructura se reproducía, asumiendo la responsabilidad de las JPS.

Para garantizar la realización y efectividad de las jornadas, el Ministerio de Salud junto con el CNPS, decidieron formar la Coordinación Nacional de las JPS. Asimismo, se constituyeron coordinadoras departamentales y municipales, que fueron adoptando diversos nombres y formas organizativas durante las distintas movilizaciones que integraron las jornadas, según las tareas concretas que realizaran y según las regiones.

Al comienzo de las JPS se creó un Consejo Nacional de Apoyo y Asesoría integrado por un representante de cada ministerio del área de salud (trabajo, vivienda, educación, cultura, bienestar) y otras instituciones. Sus funciones eran proporcionar el apoyo logístico y la asesoría necesaria para el desarrollo de las jornadas. Esta estructura se reproduciría en los niveles departamentales y municipales, con las instituciones existentes en estos niveles.

Sin embargo, esta estructura funcionó prácticamente sólo en el año 1981. Posteriormente, las comisiones solicitaban el apoyo necesario durante las movilizaciones directamente a las juntas de gobierno locales.

La estructura original planteada para la organización del trabajo en las jornadas, incluye la formación de brigadas, columnas y escuadras integradas por los brigadistas populares de salud. Esta estructura no funcionó como tal, tan sólo las escuadras en comarcas y barrios se llevaron a la práctica.

Respecto a la estructura y funcionamiento de las JPS, el nivel de dirección nacional estaba integrado por el Ministerio de Salud y el CNPS. En el nivel departamental y municipal esta estructura se reproducía, asumiendo la responsabilidad de las JPS.

Para garantizar la realización y efectividad de las jornadas, el Ministerio de Salud junto con el CNPS, decidieron formar la Coordinación Nacional de las JPS. Asimismo, se constituyeron coordinadoras departamentales y municipales, que fueron adoptando diversos nombres y formas organizativas durante las distintas movilizaciones que integraron las jornadas, según las tareas concretas que realizaran y según las regiones.

Al comienzo de las JPS se creó un Consejo Nacional de Apoyo y Asesoría integrado por un representante de cada ministerio del área de salud (trabajo, vivienda, educación, cultura, bienestar) y otras instituciones. Sus funciones eran proporcionar el apoyo logístico y la asesoría necesaria para el desarrollo de las jornadas. Esta estructura se reproduciría en los niveles departamentales y municipales, con las instituciones existentes en estos niveles.

Sin embargo, esta estructura funcionó prácticamente sólo en el año 1981. Posteriormente, las comisiones solicitaban el apoyo necesario durante las movilizaciones directamente a las juntas de gobierno locales.

La estructura original planteada para la organización del trabajo en las jornadas, incluye la formación de brigadas, columnas y escuadras integradas por los brigadistas populares de salud. Esta estructura no funcionó como tal, tan sólo las escuadras en comarcas y barrios se llevaron a la práctica.

Los brigadistas populares de salud (BPS) fueron el medio a través del cual el Ministerio de Salud enfatizó en la prevención, cuidado rural y la participación de las organizaciones de masas.

El concepto del BPS es similar al que se ha utilizado en otros países con los nombres de trabajador de la salud comunitaria, brigadista sanitario, agente de salud comunitaria, etc.

Los BPS son miembros de las organizaciones de masas y trabajan voluntariamente, después de haber sido entrenados para la realización de acciones de salud. Sus funciones son las siguientes:

- Tener un conocimiento completo de la comunidad donde va a trabajar.
- Discutir y analizar los temas de educación popular en salud de los distintos folletos.
- Detectar y analizar en conjunto con los integrantes de su brigada los problemas de salud que afectan su comunidad.
- Trabajar en forma conjunta los Colectivos de Educación Popular (CEP) en la solución de los problemas de salud.
- Evaluar sus tareas y, al mismo tiempo, evaluar con el colectivo las tareas conjuntas.
- Solicitar información sobre las JPS al coordinador de la escuadra.
- Organizar, conducir talleres y participar de acuerdo a las orientaciones del coordinador en las movilizaciones de salud.
- Responsabilizarse del avance y aprendizaje de los compañeros que integran el CEP.
- Llenar los modelos estadísticos recibidos y enviarlos oportunamente al lugar correspondientes.
- Llevar un registro de los compañeros y los colectivos que se destaquen más en las tareas encomendadas para efectos de emulación.

- Organizar actos políticos culturales con los miembros de la comunidad declarando territorio libre al finalizar la tarea o programa realizado (ej. charcas, basuras, etc.)
- Mantenerse actualizado del momento político que vive el proceso revolucionario.
- Contribuir a la consolidación de las organizaciones de masas.
- Contribuir con su ejemplo y orientaciones a mejorar el nivel sanitario y productivo de la zona donde está ubicado.¹

Las organizaciones de masas (CDS, JS19J, ATC, CST, UNAG, ANDEN, FETSALUD y AMNLAE) motivaron y organizaron sus bases para que se integraran a las movilizaciones como brigadistas y multiplicadores.

La metodología con que se desarrollaron las JPS, se fundamentó en la experiencia adquirida a través de la Cruzada Nacional de Alfabetización (CNA), que proporcionó el instrumento operativo para garantizar una capacitación masiva a corto plazo y con una pérdida mínima de calidad en su proceso. Básicamente, esta metodología consistió en la realización de talleres y en el proceso de efec multiplicador:

EDUCADORES → CAPACITADORES → MULTIPLICADORES → BRIGADISTAS → PUEBLO

Dada su trascendencia y envergadura, el tema de la educación popular se tratará posteriormente en parágrafo aparte.

Finalmente, las JPS preveían la realización de movilizaciones masivas a nivel nacional, con el concurso del pueblo organizado y el MINSA. Estas han sido:

¹ CPNS-MINSA, Manual de Brigadista Popular de Salud, Managua, 1981, pp. 8-10.

- En 1981, se realizaron las movilizaciones siguientes: antipolio, higiene ambiental, antirrábica, malaria y dengue.
- En 1982, antipolio, DPT y antisarampión; higiene ambiental y capacitación en atención básica.
- En 1983, antipolio y antisarampión; saneamiento ambiental.
- En 1984, antipolio, higiene y limpieza y antitetánica.

Las actividades contempladas en cada una de estas movilizaciones serán analizadas en el apartado 7.2.3, de este capítulo.

Otra modalidad de participación popular en salud la constituye el Brigadista de Atención Primaria en Salud (BAPS). El éxito obtenido en las JPS en 1981 sugirió al MINSA la posibilidad de considerar la formación de un nuevo tipo de brigadista que trabajara de manera permanente y voluntaria en la atención primaria de la salud, a diferencia de los brigadistas de jornada que tan sólo trabajaban los días en los que se realizaba la movilización, no teniendo funciones sanitarias en los periodos entre jornadas.

En 1981 se elaboró una estrategia de Atención Primaria de la Salud¹ en la que se contemplaba la figura del BAPS, como el miembro de un organismo de masa, que, de una manera voluntaria y permanente, y tras un período de capacitación se dedica a la realización de las siguientes tareas:

- Proporcionar educación en salud a la comunidad.
- Colaborar en los programas de medicina preventiva (incluyendo inmunizaciones, desarrollo sanitario y referencia de pacientes a los centros de salud).

1 MINSA-MIPLAN, Estrategia de Atención, ... op. cit.

- Tratamiento de enfermedades sencillas y administración de primeros auxilios.
- Realización de funciones administrativas (actividades desarrolladas, medicamentos prescritos, etc.).

Estas tareas se realizarían bajo la supervisión de una auxiliar de enfermería.

En 1983, la División de Educación y Comunicación Popular en Salud (DECOPS) del MINSA, formuló una nueva estrategia de capacitación en atención primaria¹ que pretendía formar brigadistas permanentes con un perfil definido para que se incorporaran al proyecto nacional de atención primaria como elementos fundamentales del mismo. Según este plan, se formarían seis tipos diferentes de brigadistas: brigadista sanitario, brigadista comunitario en salud, brigadista materno infantil, brigadista escolar en salud, brigadista obrero de salud y partes empíricas adiestradas.

Todos estos brigadistas serían trabajadores voluntarios, seleccionados por sus respectivos organismos de masas y sometidos a un período de capacitación de una o dos semanas, según en función del tipo de brigadista, tras lo cual se deberían involucrar dentro de la estrategia de atención en salud en los diferentes campos de acción priorizados.

Sin embargo, la propuesta de establecer diferentes tipos de brigadistas no se aceptó y en la actualidad, se define un sólo tipo de brigadista de salud, tanto para tiempo de paz como de guerra, que responda íntegramente a la problemática general del país (defensa civil, movilizaciones masivas, etc.) y a las necesidades específicas y particulares de cada región o zona especial.

¹ MINSA-DECOPS, Estrategia de Capacitación Popular en la Atención Primaria de Salud en Nicaragua, Mimeo, Managua, 1983.

En este sentido, se concibe al brigadista de salud como "un elemento integrante de las organizaciones de masas, o un ciudadano consciente que voluntariamente se incorpora a la realización de acciones de salud, previa capacitación por parte del Ministerio de Salud. Su papel es el de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de la colectividad, a través del trabajo conjunto, en la detección de problemas y necesidades, así como en la búsqueda de soluciones a los mismos, en coordinación con las organizaciones de masas - que representan y los Consejos Populares de Salud".¹

En los centros de trabajo y escolares, se les capacitará como brigadistas de salud ocupacional y escolar. En tiempo de paz, el brigadista de salud responderá orgánicamente a su organización correspondiente y realizará las acciones que el Consejo Popular de Salud apruebe. En tiempo de guerra, tanto la organización y las acciones de los brigadistas, pasarían a depender de las estructuras de la Defensa Civil.

En cuanto a los requisitos exigidos para poder ser brigadista, éste debe residir en la comunidad o barrio donde realiza sus funciones, o también puede pertenecer a un centro de trabajo o de estudio. Asimismo debe estar integrado en un organismo de masa o, en su caso, ser propuesto por uno de ellos; estar comprometido con el proceso revolucionario; haber participado, de preferencia, en las JPS o haber sido responsable de salud de la ATC, de la CST o de algún centro de trabajo.

Debe tener la suficiente capacidad organizativa para motivar la participación del pueblo en la identificación de los problemas de salud, así como las formas de acción para buscar soluciones.

¹ MINSA-DECOPS, Formación del Brigadista de Salud en el SNUS, Mimeo, Managua, 1985, p. 5.

Por último, debe estar dispuesto a trabajar en forma continua como brigadista y a enseñar y a aprender de la comunidad.

Además debe saber leer y escribir o estar integrado en algún CEP.

Las funciones del brigadista de salud son de tres tipos:¹

a) Educativas:

- Desarrollar actividades educativas encaminadas a modificar en la población el concepto de salud-enfermedad.
- Promover y divulgar los programas y servicios priorizados por el MINSA.
- Estimular la participación organizada de la colectividad en acciones orientadas a mejorar las condiciones de salud e higiene comunal.
- Orientar sobre la importancia del control de las enfermedades prevenibles por vacunas.
- Orientar a la población sobre el control y prevención de enfermedades infecto-contagiosas.
- Promover a las embarazadas y orientarlas sobre el cuidado del control pre y post-natal.
- Orientar a la población en las formas adecuadas de manipular, conservar y almacenar higiénicamente los alimentos.
- Orientar a la población sobre el uso y preparación de los sueros orales.

¹ Ibidem, pp. 7-9.

b) Asistenciales:

- Colaborar con los servicios de salud para garantizar la administración de los tratamientos médicos ambulatorios indicados a la población.
- Captar y referir a la responsable del sector y centro de salud a:
 - . Los sintomáticos respiratorios (S.R.+21).
 - . Los lesionados por animales transmisores de rabia.
 - . Madres embarazadas y puérperas.
- Captar y referir a la población infantil al programa de "Atención Integral al Niño".
- Aplicar la vacuna antirrábica canina, identificar a los perros vacunados y participar en campañas de eliminación de los mismos.
- Realizar la toma de gota gruesa a la población y enviarla al lugar correspondiente.
- Manejar, usar y conservar adecuadamente los diferentes biológicos.
- Aplicar las vacunas antipoliomielíticas, antisarampiosa, DPT, Dt y TT, a la población.
- Participar integralmente en acciones de primeros auxilios.
- Referir a los servicios de salud a las personas afectadas por emergencia militar y desastre natural.

c) Administrativas:

- Conocer y llevar los formularios que correspondan a sus funciones.
- Tener conocimientos de los planes de aviso actualizados en tiempo de guerra como de paz.

- Rendir informe de sus actividades realizadas a quien corresponda (ver en anexos No. 6).
- Mantener estrecha relación con el CPS.
- Hacer uso de los canales correspondientes de coordinación y referencia.
- Participar en los talleres de educación continua que programe el equipo de salud.

Respecto a la capacitación que recibe el futuro brigadista, la misma consta de temas relacionados con salud y sociedad, atención básica, atención a la mujer y al niño, saneamiento ambiental y morbilidad controlada (prevención y tratamiento de la diarrea).

La formación y organización de los brigadistas está basada en el principio de la territorialidad que comprende un nivel nacional normativo, un nivel regional de supervisión y control y el nivel de área, de ejecución y cumplimiento de las actividades.

En los diferentes niveles organizativos, los CPS son el eje rector por ser la sustancia de coordinación entre los organismos de masas y el MINSA, cumpliendo a la vez un papel determinante en esta estrategia. Los CPS deben participar en la capacitación de brigadistas en forma continua y permanente, en el marco de la estrategia de atención primaria en todos los aspectos.

Por último, cabe resaltar el papel que como agentes de salud vienen representando las parteras empíricas, en la medida que atienden la mayoría de los nacimientos en las áreas rurales. El MINSA ha tratado de incorporarlas al sistema de salud, para lo cual se han diseñado y organizado cursos básicos de adiestramiento en los que se contemplan:¹

¹ Edward A. Scholl, "An Assesment of Community Health Workers in Nicaragua", Social Science Medicine, vol. 20 No. 3, Great Britain, 1985, pp. 207-214.

- El cuidado pre y post-natal de la madre.
- La detección de embarazos de alto riesgo y su referencia al centro de salud.
- La asistencia a embarazos de bajo riesgo usando técnicas asépticas.

A su vez, los BAPS son instados a asistir a las parteras en sus tareas, llegando muchas de ellas a ser también BAPS.

7.2.2 Amplitud de la Participación

Si bien no se dispone de información necesaria como para realizar un análisis detallado respecto a la descripción y cantidad de participantes intervinientes en el proceso de participación popular, si se puede, al menos, tratar de realizar una aproximación en función de los datos disponibles.

Hay que tener en cuenta, además, que numerosas experiencias de participación popular no han sido sistematizadas, lo que limita no sólo el objeto de la investigación a realizar, sino también la posibilidad de extraer conclusiones válidas y generales. En este sentido, parte de la información presentada a continuación será necesariamente parcial y, tal vez, no actualizada, dada la carencia de registros más recientes sobre la materia.

Así, en primer lugar, con relación al número de participantes en las diferentes movilizaciones que integraron las JPS la información se presenta en los Cuadros Nos. 35, 36, 37 y 38.

Cuadro No. 35

NUMERO DE TALLERES, MULTIPLICADORES Y BRIGADISTAS EN LAS
MOVILIZACIONES ANTIPOLIO SEGUN FASES.

NICARAGUA: AÑOS 1981, 1982, 1983 y 1984

AÑO	F A S E s	No. DE TALLERES	Nº DE MULTIPLICADORES	No. DE BRIGADISTAS
1981	PRIMERA	753	2,170	17,687
	SEGUNDA	539	2,201	15,073
1982	PRIMERA	1,815	5,592	28,202
	SEGUNDA	766	4,052	22,108
	TERCERA	1,180	3,273	23,508
1983	PRIMERA	964	3,434	18,421
	SEGUNDA	858	1,743	16,880
	TERCERA	1,039	2,356	19,989
1984	PRIMERA	914	-	20,563
	SEGUNDA	776	-	15,824
	TERCERA	636	-	16,378

FUENTE: DECOPS, MINSA

Elaborado en base a la información contenida en el documento base del Congreso Nacional "Jornadas Populares de Salud" y el Armario Estadístico 1984 del MINSA.

Cuadro No. 36

NUMERO DE TALLERES, MULTIPLICADORES Y BRIGADISTAS EN LAS
MOVILIZACIONES DE SANEAMIENTO AMBIENTAL

NICARAGUA: AÑOS 1981, 1982, 1983

AÑO	Nº DE TALLERES	Nº DE MULTIPLICADORES	Nº DE BRIGADISTAS
1981	1,272	3,721	19,755
1982	1,838	4,710	30,059
1983	612	1,355	14,582

FUENTE: DECOPS, MINSA.

Cuadro No. 37

NUMERO DE TALLERES, MULTIPLICADORES Y BRIGADISTAS EN LAS
MOVILIZACIONES ANTIDENGUE Y ANTIMALARIA
NICARAGUA 1981

MOVILIZACION	Nº DE TALLERES	Nº DE MULTIPLICADORES	Nº DE BRIGADISTAS
ANTIDENGUE	1,509	8,906	77,619
ANTIMALARIA	4,062	10,429	73,594

FUENTE: DECOPS, MINSA

Cuadro No. 38

NUMERO DE TALLERES Y BRIGADISTAS EN LA
MOVILIZACION DE ATENCION BASICA
NICARAGUA 1982-1983

A Ñ O	No. DE TALLERES	No. DE BRIGADISTAS
1 9 8 2	302	8,165
1 9 8 3	-	20,652*

FUENTE: DECOPS, MINSA

* Anuario Estadístico 1983, MINSA.

Según puede apreciarse en los cuadros anteriores, la participación popular, en términos cuantitativos, se ha venido manteniendo constante dentro de ciertos márgenes; salvo en la movilización de lucha contra el dengue y la malaria realizada en 1981, que, por sus dimensiones, fue la que exigió un mayor rendimiento de parte de los organismos involucrados. En ella, la participación popular de los organismos de masas se incrementó en más de un 292% con relación a la movilización de

higiene y limpieza efectuada el mismo año.

Respecto a las características de los participantes, éstas varían de una región a otra. A título indicativo, se presenta a continuación las características de los brigadistas que participaron en las JPS de 1982:¹

<u>Sexo</u>	<u>Edad</u>	
Mujeres 55.5%	Menos de 14 años	19.8%
Hombres 44.5%	De 15 a 19	37.3%
	DE 20 a 29	21.4%
	DE 30 ó más	21.5%

<u>Ocupación Principal</u>	<u>Nivel de Estudios</u>
De mujeres:	
Estudiantes 60%	Analfabetas 2%
Ama de casa o empleada 14%	Primaria 83%
	Más de Primaria 15%
De hombres:	
Estudiantes 39%	
Trabajadores agrícolas 24%	

Con relación a la procedencia de los participantes en las diferentes movilizaciones, según puede observarse en el Cuadro No. 39, en 1981 en el 46% del total de participantes pertenecía a organismos de masas, mientras que en 1982, el 67% de los participantes estaban organizados en los distintos organismos de masas.²

1 MINSA, JPS Saneamiento Ambiental, Mimeo, Managua, 1982.

2 CPNS-MINSA, Documento Base. Congreso Nacional Jornadas Populares de Salud, Managua, 1984, p. 15.

Cuadro No. 39
DISTRIBUCION DE MULTIPLICADORES Y BRIGADISTAS, SEGUN
ORGANISMOS DE PROCEDENCIA
MANAGUA, 1981.

ORGANISMO DE PROCEDENCIA	MULTIPLICADORES		BRIGADISTAS		T O T A L	
	Número	%	Número	%	Número	%
ORGANISMOS DE MASAS	544	80.3	2,495	42.0	3,039	46.0
ORGANISMOS ESTATALES	45	6.6	300	5.0	345	5.0
ORGANISMOS POLITICOS	30	4.4	767	13.0	797	12.0
ESTUDIANTES	-	-	719	12.0	719	11.0
NO ORGANIZADOS	15	2.2	787	13.0	802	12.0
OTROS	43	6.3	896	15.0	939	14.0
T O T A L	697	100.0	5,964	100.0	6,641	100.0

FUENTE: MINSA-OPS, Participación popular en salud, op. cit. p. 22

A nivel nacional, las organizaciones de masas que han aportado mayor número de participantes en las diferentes movilizaciones son CDS, JS19J y AMNLAE como puede apreciarse en el Cuadro No. 40.

Cuadro No. 40
NICARAGUA: PORCENTAJE DE PARTICIPANTES POR ORGANIZACIONES Y
SEGUN TIPO Y AÑO DE MOVILIZACION

MOVILIZACION	ORGANIZACIONES POPULARES								N O CONTESTO
	TOTAL	CDS	JS19J	AMNLAE	ANDEN	ATC	CST	OTROS	
ANTIPOLIO	100.0	21.8	12.8	6.7	11.8	4.1	2.2	2.7	37.9
SANEAMIENTO AMBIENTAL 82	100.0	18.1	8.0	4.6	2.8	3.7	1.1	6.3	55.4
ATENCION BASICA 82	100.0	31.7	8.1	9.8	6.6	2.0	2.4	6.7	32.7

Con relación a los brigadistas de atención primaria en salud (BAPS), no se disponen de estadísticas oficiales en cuanto al número de los mismos. Sin embargo, se estima actualmente su cifra entre 16.000 y 24.000, distribuyéndose - por igual en zonas rurales y urbanas.¹

Finalmente, en cuanto al número de parteras empíricas, en 1982 se hallaban censadas 2,425 en toda Nicaragua, predominando en las zonas rurales, según se desprende del siguiente cuadro:

Cuadro No. 41

NICARAGUA: TOTAL DE PARTERAS EMPIRICAS CENSADAS SEGUN ZONAS

DEPARTAMENTOS DE LA REPUBLICA	TOTAL PARTERAS	Z O N A S		
		URBANA	RURAL	SIN/DATO
LA REPUBLICA	2,425	644	1,691	90
BOACO	130	34	91	5
CARAZO	65	20	39	6
CHINANDEGA	184	40	126	18
CHONTALES	147	62	83	2
ESTELI	96	18	69	9
GRANADA	72	54	15	3
JINOTEGA	118	12	105	1
LEON	238	63	155	20
MADRIZ	93	19	74	-
MANAGUA	51	29	21	1
MASAYA	138	68	68	4
MATAGALPA	332	39	274	19
NUEVA SEGOVIA	141	51	90	-
RIO SAN JUAN	21	2	19	-
RIVAS	281	83	193	-
ZELAYA	318	47	269	2
DIST. RELATIVA	100.0	26.6	69.7	3.7

¹ Según Manuel Martínez, Director de DECOPS del MINSA, en entrevista personal mantenida con él mismo en Managua, agosto de 1986.

FUENTE: Plan de acción para la atención primaria en 1982, MINSA, 1982.

7.2.3 Areas y Niveles de Participación

En este apartado se incluye la descripción de los tipos de participación en las diferentes áreas de gestión en salud (planificación, ejecución y evaluación), así como en los diferentes niveles que conforman el sistema de salud.

a) Planificación

El objetivo principal de los CPS es lograr la salud para la población nicaragüense, a través de la participación integral del pueblo organizado en todo el proceso de gestión: planificación y programación, organización, ejecución, supervisión y evaluación de los programas y servicios de salud.

Con relación a la participación popular en la planificación, es necesario partir del modelo de planificación seguido por el MINSA, para analizar como y en qué etapas se da dicha participación popular. Básicamente, las características de este modelo son:

- Ser centralizado: la elaboración del Plan de Salud se centraliza en la Dirección Superior del MINSA y se coordina por la División de Planificación.

En base a las series históricas se elaboran las principales tendencias históricas, elaborándose un bosquejo preliminar del plan, que da lugar a un anteproyecto del plan.

- Ser democrático: el anteproyecto del plan es discutirlo ampliamente en las sustancias normativas del MINSA, dando lugar a la formulación de políticas de salud a nivel central, que deben ser transformadas en políticas regionales que permitan su operacionalización a situaciones concretas.

Para ello, la elaboración del plan adopta el siguiente proceso: basado en los principios y lineamientos superiores, el plan se elabora de forma ascendente a partir de las Direcciones Regionales, con amplia participación de sus cuadros, las direcciones hospitalarias y de áreas de salud, así como de las oficinas y direcciones del nivel central. En esta etapa se da la participación de los Consejos Regionales Populares de Salud, así como la de los CPS de las áreas de salud, en cuanto a la definición de políticas, metas de producción, recursos necesario, propuestas de metas mínimas a cumplir, etc.

Por lo tanto, las organizaciones de masas intervienen en la elaboración y aprobación del plan, mediante sus aportes en las discusiones técnico-administrativas.

- Ser científico: en la medida que se utilizan normas y orientaciones científicas.
- Ser integral: pues se planifica con un carácter integral y nacional todas las actividades, intentando romper con la verticalidad de los programas.
- Ser colectivo, pues en el proceso de planificación intervienen todas las direcciones, regionales, áreas de salud y hospitales del MINSA.
- Ser regionalizado, ya que el Plan Nacional es el resultante de los planes regionales agregados, incluyendo asimismo una programación de actividades por región.
- Ser popular, ya que los organismos de masas están incorporados a las tareas de planificación, según lo visto anteriormente, y a través las Jornadas de análisis y balance (de carácter semestral) y los talleres para la elaboración de un plan de trabajo conjunto MINSA/CPNS.

Resumiendo, los mecanismos a través de los que opera la participación popular en el proceso de planificación son:

1. Las jornadas de análisis y balance que se realizan a nivel regional y central con la consolidación en la Jornada Nacional. Son un mecanismo de evaluación previo a la elaboración del plan y que se analizarán posteriormente.
2. Talleres. Esta actividad constituye uno de los momentos principales en que se materializa el principio de la participación popular en la gestión. En estos talleres se realiza una evaluación del cumplimiento de los acuerdos adoptados entre el MINSA y las organizaciones de masas de los talleres anteriores, haciendo evidentes los logros y deficiencias tenidas hasta entonces.

Asimismo se adoptan nuevos acuerdos que servirán de base para la formulación de las políticas de salud y la elaboración de planes de trabajo por parte de los CPS.

b) Ejecución

Las actividades principales en las que se ha dado una participación popular han sido las constituídas por las Jornadas Populares de Salud, que constituyeron una gran escuela de participación popular. Estas movilizaciones del ámbito nacional fueron:

- Movilización antipolio, antisarampión y DPT

En 1981, 1982, 1983 y 1984 se realizaron movilizaciones con el objetivo de reducir la morbi-mortalidad por poliomielitis, sarampión, tétanos, difteria y tosferina, a través de la vacunación masiva a los niños menores de 6 años.

El Cuadro No.42 muestra las dosis totales de vacunas aplicadas en las diversas etapas, que hicieron posible la drástica reducción de casos de polio, sarampión en Nicaragua. En 1980, el sarampión ocupaba el 5º lugar en el -

DOSIS APLICADAS DE VACUNAS ANTIPOLIO, ANTISARAMPION, DPT., EN
LAS JPS Y PERSONAS PROTEGIDAS CONTRA LA MALARIA EN NICARAGUA
AÑOS: 1981, 1982, 1983 y 1984

A ñ O	POBLACION ESTIMADA DE 0 A 5 AÑOS (EN MILES) *	D O S I S A P L I C A D A S **			PERSONAS PROTE GIDAS CONTRA MALARIA **
		ANTIPOLIO	ANTISARAMPION	D.P.T.	
1981	632.7	642.210	131.607	-	-
1982	654.0	1,128.593	125.270	505.290	1,892.746
1983	675.7	1,319.421	149.202	-	-
1984		1,643.113 ¹	175.990 ¹		
T O T A L	-	4 733.337	582.069	505.290	1,892.746

Fuente: * Anuario Estadístico de Nicaragua, 1980 INEC, como base de proyección

** DINEI / MINSA

1 Informes Estadísticos Regionales

NOTA: Los datos de dosis aplicadas no incluye la vacunación sistemática
realizada por los Puestos y Centros de Salud

cuadro epidemiológico de las enfermedades transmisibles, y en 1981 ocupaba ya el 13º lugar del mismo. De 3,784 casos en 1979 se pasó a 214 en 1981.

En cuanto a la poliomielitis, de 101 casos en 1979 se pasó a 45 en 1981, de los cuales 43 fueron antes de la movilización. Desde 1982 no se registra ningún caso de polio.

- Movilización de higiene y limpieza

Cada año se han venido realizando movilizaciones de higiene y limpieza o saneamiento ambiental. En 1982 esta movilización respondió también a la situación de emergencia provocada por las inundaciones ocurridas ese mismo año. En 1983, en conjunto con esta movilización se hizo énfasis en las acciones de lucha contra la diarrea.

En términos generales, las acciones durante estas movilizaciones consistieron en: eliminación de basureros, predios, montogos, charcos y aguas estancadas y focos de contaminación (Cuadro No. 43). Al mismo tiempo se realizaban arbolizaciones y embellecimiento de ciudades y pueblos, (cuadro No. 44).

Estas acciones estuvieron precedidas por la realización de talleres de capacitación popular sobre temas como: agua, excretas, higiene personal y colectiva e higiene de los alimentos.

Para el trabajo de eliminación de basuras, además de la amplia participación del pueblo, se contó con todos los recursos materiales disponibles del Estado (camiones, camionetas, vehículos livianos, etc.) y de la comunidad (carretas, etc.)

- Movilización de lucha contra el dengue y malaria

Las acciones consistieron en eliminar todo tipo de basura y desechos de las viviendas, eliminación de charcos y criaderos de zancudos y aplicación

C U A D R O No. 43

MOVILIZACION DE HIGIENE AMBIENTAL, ACTIVIDADES DE SA-
NEAMIENTO POR TIPO DE ACTIVIDAD. NICARAGUA 1982-1983

TIPO DE ACTIVIDAD	1 9 8 2	1 9 8 3*
Basureros clandestinos eliminados	7,898	4,395
Predios Montosos Número	15,286	-
Chapodados Has.	102.1	-
Charcos desecados	12,696	-
Locales saneados		
Escuelas	685	469
Hospitales y centros de salud	177	109
C. Desarrollo infantil	31	22
Mercados	39	28
Rastros	70	31
Centros de trabajo	974	625
Mejoramiento de Letrinas	-	781
Construcción de Letrinas	-	430

* Incluye actividades de lucha contra la diarrea

Fuente: DECOPS/MINSA 1983 en Anuario estadístico 1983 e Informes Estadísticos Regionales en Anuario estadístico 1984

C U A D R O No. 44

MOVILIZACION DE HIGIENE AMBIENTAL, ACTIVIDADES DE ORNAMENTACION POR TIPO DE ACTIVIDAD. NICARAGUA - 1982

TIPO DE ACTIVIDAD	C A N T I D A D
Calles mejoradas	859
Mts. de cunetas y aceras pintadas	25,921
Arboles sembrados	3,460
Cementerios limpiados	135
Arboles podados	9,542
Parques limpiados	110

Fuente: DECPS, Jornadas Populares de Salud
En MINSA, Anuario Estadístico 1984

del larvicida abate en todo recipiente que almacenara agua.

La movilización nacional contra la malaria médico colectivamente durante tres días consecutivos a toda la población, siendo éste un hecho sin precedentes en la historia de la malaria del mundo.

- Movilización de Atención Básica

Frente a la escala de la agresión contrarrevolucionaria, en 1982 se realizaron dos movilizaciones para la capacitación de brigadistas de primeros auxilios. Hechos éstos que se repetirían en 1983 como parte de la defensa civil, y que más que una movilización de las JPS se enmarca dentro de la Estrategia de Brigadistas de Atención Primaria de Salud (BAPS).

También se realizó una movilización antirrábica canina en 1981, de la que se carecen de datos.

En cada una de estas movilizaciones, las tareas realizadas por los brigadistas de salud consistían en:

- Realizar el censo de la población a vacunar
- Elaborar el censo sanitario
- Realizar el censo para la medicación antimalaria
- Asegurar los puestos de vacunación
- Realizar propaganda directa (visitas domiciliarias, mítines, asambleas, actos político-culturales)
- Vacunar a la población
- Ejecutar todas aquellas acciones que hicieran posible el éxito de cada movilización

A fin de comprobar la importancia de las actividades desarrolladas en las JPS, se presenta a continuación una comparación entre las dosis de vacuna aplicadas en JPS, en forma sistemática, contra el sarampón y la polio (ver Cuadro No. 45 y 46). En ellos se observa que la mayor parte de la vacunación se ha realizado en las jornadas.

c) Evaluación

La principal actividad de control en salud por parte de la población se efectúa en las Jornadas de Análisis y Balance de Actividades, ya comentadas anteriormente como mecanismo previo para la planificación. Como complemento a lo ya mencionado, es necesario apuntar que, desde un punto de vista metodológico, estas jornadas se llevan a cabo simultáneamente en cada región y en cada viceministerio de salud, según guías elaboradas por la División de Planificación.

Los CPS analizan y evalúan el cumplimiento de las políticas de salud fijadas para ese año, en función de la situación de salud existente.

Por niveles de atención existen notables diferencias en cuanto al grado de participación popular, mientras que en la atención primaria es donde más control existe por parte del pueblo organizado, (los CPS intervienen directamente en la administración de los centros de salud, reuniéndose mensualmente) a nivel regional. Si bien existen conformados CPS que realizan las funciones y tareas ya descritas, no se produce sin embargo ningún tipo de participación popular en la administración de los hospitales. Únicamente FETSALUD, como sindicato, interviene en la gestión de las unidades hospitalarias.

A nivel central el CPNS participa en las actividades anteriormente mencionadas, garantizando la participación popular en la definición de políticas de salud para todo el país.

C U A D R O No. 45

DOSIS APLICADAS DE VACUNA ANTIPOLIOMIELITICA DE FORMA SISTEMATICA Y POR JPS. NICARAGUA 1981-1983

A Ñ O	SISTEMATICA	J P S	% DE DIFERENCIA POR JPS
1981	521 843	642 210	18.7
1982	361 114	1 128 593	68.0
1983	372 398	1 343 375	72.2
T O T A L	1 255 855	3 114 178	40.3

Fuente: DINEI, MINSA

C U A D R O No. 46

DOSIS APLICADAS DE VACUNA ANTISARAMPINOSA DE FORMA SISTEMATICA Y POR JPS. NICARAGUA 1981-1983

A Ñ O	SISTEMATICA	J P S	% DE DIFERENCIA POR JPS
1981	94 325	131 607	28.3
1982	80 053	125 276	36.0
1983	80 867	153 216	47.2
TOTAL	255 245	410 099	37.8

Fuente: DINEI, MINSA

Nota: Las JPS se realizan en seis días al año, mientras que las vacunas sistemáticas lo son durante todo el año.

7.3 Impacto y limitaciones de la Participación Popular

Las Jornadas Populares de Salud tuvieron un indudable impacto en las condiciones de vida del pueblo nicaraguense y sobre todo en el perfil epidemiológico de las enfermedades prevenibles por vacunación y la malaria. En este sentido las acciones de las JPS, junto con las acciones del MINSA han producido los siguientes efectos:

- Tétanos: El aumento en la calidad y cantidad de los servicios de atención médica y la prioridad establecida en el desarrollo de la atención primaria (en 1982 habían aumentado 24% las unidades de salud respecto a 1980) hizo posible conocer mejor la realidad respecto a la enfermedad y sus características epidemiológicas.

Mediante las JPS se pudieron aplicar un total de 5,248,141 dosis de vacunación entre 1980 y 1983, habiendo ido en progresivo aumento cada año:

1.069.108 dosis en 1980

1.013.284 dosis en 1981

1.845.592 dosis en 1982

1.320.157 dosis en 1983

El resultado beneficioso de estas acciones del pueblo organizado en las JPS se manifiesta en la disminución del número de casos afectados por esta enfermedad junto al aumento de la red preventivo asistencial y a la mejora de la notificación y registro.

- Tosferina: Una de las enfermedades infantiles de mayor mortalidad que ataca fundamentalmente a poblaciones no inmunizadas, acosadas por la pobreza, la desnutrición y múltiples infecciones parasitarias y microbianas; es decir, se cumple el binomio de las enfermedades transmisibles de enfermedad-subdesarrollo.

Esta enfermedad ha sido favorablemente impactada a partir de 1981, en que a un incremento del 54.5% en el número de dosis de vacuna aplicadas en 1982 con respecto a 1980, le ha correspondido¹ una reducción del 95% de la enfermedad. Igualmente ha disminuído el número de defunciones (de un promedio de 60 defunciones al año en el quinquenio 73-77 se pasó a un número de fallecidos inferior a 10 a partir de 1980).

- Difteria: a pesar de no representar un problema de salud para el pueblo nicaragüense, se impulsa su prevención especialmente a los niños entre 0 y 10 años. (En 1983 se registraron únicamente 4 casos).
- Sarampión: causa de morbi-mortalidad infantil situada siempre entre las diez primeras y asociada a la desnutrición; presentó un brote epidémico en 1979 y 1980 producto de la época anterior cuya cobertura de vacunación no llegaba ni al 15% registrándose una alta letalidad.

Con el programa de inmunización, experimentó una gran mejoría, llegándose a registrar sólo 112 casos en 1983 (menos que el promedio de defunciones anuales por dicha causa, que fue de 197 en 1973-77).² En 1984 se redujeron a 103 casos.³

- Poliomielitis: enfermedad de gran impacto social por el alto costo en vidas humanas y secuelas, nunca fue debidamente enfrentada a pesar del bajo costo económico que su control exige.

Antes de 1979 la cobertura de vacunación nunca alcanzó al 50% de la población susceptible. Antes de finalizar 1979 y con la ayuda de todo el pueblo en lucha por su propia salud se vacunó en todo el país. Posteriormente con las JPS se

1 Primer Congreso Nacional de la JPS, ponencia de medicina preventiva, Managua, 1984.

2 Ibid. p. 13

3 El Nuevo Dario, 19 de julio de 1986.

alcanzaron coberturas tales que explican la ausencia de la enfermedad. Desde 1982 no se ha registrado ningún caso de poliomielitis.

- Malaria: en Nicaragua continúa siendo un serio problema de salud pública, lo que a su vez es un importante obstáculo para el desarrollo del país.

La lucha contra la malaria fue una de las actividades priorizadas por el MINSA al triunfo de la revolución y se reflejó en una mejoría de los índices malariométricos a partir de 1981. La participación popular en esta campaña fue importantísima; así, 70.000 brigadistas voluntarios administraron medicación antimalárica al 80.1% de la población mayor de 1 año en lo que se denominó "Tratamiento Colectivo Nacional" llevado a cabo en 1981. Estos resultados pueden verse en el siguiente cuadro,¹ en el que el número de nuestras examinadas se incrementa y el número de casos positivos y el índice parasitario anual desciende:

Cuadro No. 47

PRINCIPALES INDICADORES MALARIOMETRICOS

NICARAGUA, 1980-1983

A Ñ O S	MUESTRAS EXAMINADAS	MUESTRAS POSITIVAS	I.L.P.	I.P.A.	I.A.E.S.
1980	222,236	25.465	11.3	9.9	8.8
1981	223,473	17,434	7.8	6.4	8.3
1982	300.011	15.601	5.2	5.7	11.1
1983	412.858	12.907	3.1	4.07	13.04

Fuente: DINEI

I.L.P. : Índice de láminas positivas

I.P.A. : Índice Parasitario Anual

I.A.E.S.: Índice Anual de Exploración Sanguíneo

¹ Primer Congreso Nacional de las JPS, ponencia de ... op. cit. p. 19

- Movilización anti-Aedes Aegypti : con la estrategia de las JPS se planificó una movilización nacional que pretendía eliminar el mosquito a través de: 1) inspeccionar todas las viviendas para eliminar los criaderos potenciales y 2) aplicar un larvicida en las aguas contenidas en recipientes, priorizando las zonas urbanas.

Fueron más de 70.000 el número de brigadistas de salud que intervinieron en la movilización (triplicando la meta inicial), junto a la coordinación del FSLN. Resultado de ello, no se registró ni un sólo caso de dengue en el país y el índice de infestación por Aedes Aegypti se ha reducido a niveles de control.

Otros efectos importantes de la JPS han sido los relativos a la capacitación del pueblo en materia de salud, aspecto que será abordado en el apartado siguiente.

Sin embargo, el proceso de participación popular operado en Nicaragua ha venido presentando ciertas limitaciones. En primer lugar, la participación popular prácticamente, desde un principio, se ligó a la realización de las JPS, las cuales fueron más bien un proyecto del MINSA presentado a los organismos de masas, tras cuya aceptación, se convirtió en un proyecto conjunto, siendo ejecutado por las organizaciones de masas.

Esta vinculación determinó, en gran medida, que la estructura organizativa - establecida para la participación popular no se utilizase al máximo de sus posibilidades. Así, en muchos casos se confundían las funciones de los CPS con las funciones de la coordinación de las JPS. Asimismo, en las áreas donde existían CPS, éstos sólo funcionaban durante el período de movilización¹, después de la cual, dejaban de tener reuniones y actividades.

¹ En palabras de varios dirigentes, "los Consejos Populares de Salud eran jornaleros".

Incluso hoy en día existen CPS, que "todavía restringen sus actividades a las JPS y aún persisten en grado considerable, áreas rurales donde no se han podido consolidar estas estructuras y donde es el personal de salud quien realiza el trabajo directamente con la comunidad".¹

En todo caso, hay que tener en cuenta que en el proceso de consolidación de la gestión popular en salud han incidido varios factores que, interrelacionados entre sí, actuaron en sentido negativo para el desarrollo de la misma. Estos son:

- Las condiciones socioeconómicas de las diferentes regiones y departamentos del país.
- El nivel organizativo de la población y la participación de ésta, tanto en la etapa insurreccional como a partir del triunfo revolucionario. En este sentido, inicialmente se daba un escaso nivel organizativo además de un bajo nivel educativo en la mayoría de la población.
- El concepto de salud-enfermedad y la práctica predominante entre los trabajadores de la salud y la población sobre la participación popular.

Precisamente, el desarrollo de las JPS ha constituido un elemento que ha permitido que, a través de las acciones concretas de salud, se operase un mayor desarrollo organizativo del pueblo integrando, incluso, a sectores que anteriormente no se hallaban incorporados en otras tareas del proceso revolucionario.

En segundo lugar, otro de los aspectos que limitó el desarrollo de la participación popular fue la actitud de rechazo hacia la misma, de gran parte de los trabajadores de la salud, actitud que descansaba en el carácter innovador que representaba esta nueva forma de gestión, así como los prejuicios existentes en torno a su inutilidad.

¹ CPNS-MINSA, Documento base... op. cit. p. 16.

En este sentido, los propios trabajadores de la salud estaban influidos por una concepción muy parcial sobre el fenómeno salud-enfermedad, la cual era enfocada desde el punto de vista biologicista. Asimismo, existía todavía una mentalidad que negaba al pueblo el acceso al conocimiento científico ("el pueblo no sabe de salud")¹.

Esta situación provocó que la participación inicial de los trabajadores de la salud en las JPS fuese limitada. Este bajo nivel de participación se ha venido manteniendo en el tiempo, y hoy en día sigue siendo insatisfactoria.² El alto grado de ausentismo laboral, indisciplina, ... son indicadores de la actitud de estos trabajadores, que tiene un reflejo no sólo en su propia participación sino en su posición frente a la participación de las organizaciones populares.

Respecto a este tema, AMNLAE señalaba que existía un cierto rechazo por parte del personal de salud a las brigadistas de salud, ya que "aun a nivel institucional no se asimila el paso cualitativo dado por las organizaciones de masas, al transformarse de receptores a impulsores de la nueva concepción de salud".³

AMNLAE ha sido el organismo de masa más crítico con el desarrollo de la participación popular en salud. En su opinión, y por propia experiencia, no se tiene claridad en los niveles regionales acerca del significado de la gestión popular en las tareas del Estado, lo que ha provocado que se una instrumentación de los organismos de masas como simples ejecutores de proyectos. En función de la experiencia obtenida a partir de las JPS, piensan que debe desarrollarse el principio de participación cualitativa de las masas en la gestión de salud, para lo cual

1 Cfr. FETSALUD, Los Trabajadores de la Salud, su Lucha Histórica y su Participación en las Jornadas Populares de Salud, Primer Congreso Nacional JPS, Managua, 1984.

2 En palabras de Illa Montenegro, Secretaria Nacional de Educación Política, y Propaganda de FETSALUD, según entrevista personal mantenida con la misma en Managua, en agosto de 1986.

3 AMNLAE, La Mujer Nicaragüense y su Experiencia de Participación en Salud, Primer Congreso Nacional JPS, Managua, 1984, p. 3.

"todavía es necesario profundizar el trabajo con los distintos consejos regionales, en cuanto al papel que deben jugar y nos referimos esencialmente a la responsabilidad y beligerancia de las organizaciones de masas en su carácter de impulsoras del esfuerzo de las masas, como intérpretes de las inquietudes más sentidas del pueblo, y por otro el MINSA, como institución cada vez más abierta hacia la gestión popular, respondiendo a las necesidades elevadas por estos organismos de masas (...) entonces lograremos elevarnos de ejecutores a gestores"¹

7.4 La Educación Popular en Salud

La educación popular es una de las estrategias para el avance y consolidación de la Revolución Popular Sandinista, contribuyendo a la incorporación de las masas en todos los frentes en los que avanza el proceso revolucionario.

En el caso del Sector Salud, la educación popular en salud es un proceso liberador que permite al pueblo organizado vincular el fenómeno salud-enfermedad a sus causas estructurales históricas y motiva a la participación en la toma de decisiones, la gestión y el control de los programas de salud para transformar su ambiente y alcanzar mejores condiciones.² Se trata de un proceso por medio del cual, - las grandes mayorías se apropian de los conocimientos, habilidades, hábitos, intereses y prácticas acerca de la salud en nuevo contexto social que conforma y favorece cambios sustanciales en el concepto de salud-enfermedad y en la respuesta a los problemas por ellas presentados.

Las características de la educación popular así concebida son:

1 Ibidem, p. 8.

2 DECOPS. MINSA, Educación Popular en Salud, Líneamientos Generales, Nicaragua, 1980.

- El pueblo es el sujeto principal del proceso educativo, al partir la educación de las propias necesidades y experiencias populares.
- Está dirigida al pueblo organizado, a las organizaciones de masas fundamentalmente, para así tener mayores posibilidades de multiplicación de los conocimientos para la formación de todo el pueblo.
- Une la teoría con la práctica y se basa en la investigación científica.
- Promueve una relación horizontal entre educador y educando.
- Es concientizadora: el proceso educativo va mucho más allá de pretender sólo un cambio de conducta. Amplía la conciencia de la realidad inmediata a una conciencia de la realidad histórica del pueblo nicaragüense y de su capacidad de transformar esa realidad.¹

Una de las condiciones que permitieron la puesta en marcha de las JPS fue la formación de nuevos educadores populares para lograr la cobertura del proceso de capacitación en la mayor parte de los municipios del país.

Esta capacitación tenía como objetivos brindar una formación adecuada a la realidad socio-económica y política del país, además de cumplir con el propósito de satisfacer las necesidades inmediatas de las JPS; y así se buscaba transmitir y generar el conocimiento a través de la discusión apoyándose en la multiplicación sucesiva de los talleres desde el nivel central hasta el barrio y la comarca.

No obstante, y en su intención de hacer la educación permanente, los programas de educación popular en salud tienen su campo de acción y aplicación en otras muchas instituciones como son:

¹ DECOPS. MINSA, Desarrollo de la Educación Popular en Salud en Nicaragua y sus Perspectivas. Ter. Congreso Nacional JPS, Managua, 1984, pp. 9-10.

- . Puestos, centros de salud y hospitales del SNUS
- . Sistema educativo
- . Centros de trabajo
- . Organizaciones de masas
- . La familia, a través de los responsables de salud de los organismos de masas y de los brigadistas de salud.

El desarrollo de la educación popular dentro de las JPS ha respondido a la política del SNUS que "pretende desarrollar un nuevo concepto de salud, donde el pueblo desarrolle a través del autoesfuerzo su capacidad de producir salud básica, que no requiere tanto de instituciones, médicos, medicinas... sino de educación popular y organización comunal..."¹

En este sentido, la apropiación de los conceptos fundamentales de salud por parte del pueblo, junto con las acciones desarrolladas en las JPS y por el MINSA, ha tenido importantes consecuencias en:

- La modificación de la situación de salud en el país, es decir su perfil epidemiológico.
- La transformación del concepto salud-enfermedad.
- La desmitificación de la medicina y del saber médico.
- El reforzamiento de un poder popular en desarrollo.²

La capacitación popular en las JPS se dió mediante la estrategia del efecto multiplicador. Los educadores capacitaban a multiplicadores y éstos a los brigadistas que a su vez trabajaban con toda la población.

1 MINSA, El Sistema Nacional... op. cit.

2 CPNS. MINSA, La participación... op. cit. p. 15

El número de multiplicadores y brigadistas capacitados ha variado en las distintas movilizaciones; siendo las movilizaciones antidengue y antimalarica de 1981 las que mayor número de multiplicadores y brigadistas capacitaron. (cuadros Nos.35 a 38)

Sin embargo, aun a pesar de los esfuerzos realizados a través de las JPS, el nivel de educación en salud en la población sigue siendo bajo.¹ La creciente demanda de servicios de salud (superior a la capacidad de recursos humanos y materiales existentes) determina que la educación en salud sea una necesidad real como medio para contribuir a la prevención y erradicación de enfermedades prevenibles y, por tanto, a la disminución de la demanda de los servicios de salud.

Por estas razones, actualmente se pretende ampliar la cobertura de educación popular para elevar el nivel educativo en salud de la población, a fin de lograr un cambio sustancial en la conciencia sanitaria, desarrollando prácticas y actitudes positivas que contribuyan a la prevención de las enfermedades.²

No obstante, además de los anteriores objetivos, a través de la educación popular se persigue hacer reflexionar a la población nicaragüense sobre su propia realidad y descubrir conscientemente alternativas para transformarla. Ello se realiza mediante la metodología utilizada en la educación popular, que se basa en el método materialista dialéctico, lo cual implica la reflexión sobre la realidad social, económica e histórica, teorizar sobre la práctica social como último fin del conocimiento y volver nuevamente a esa práctica para transformarla.

Por último, se considera que, el trabajo de educación popular es una función de todo el personal de salud. Para apoyar esta labor se ha elaborado el Plan Temático de Educación y Comunicación Popular en Salud como instrumento básico para que el -

1 MINSA. DECOPS, Normas y Orientaciones de Educación y Comunicación Popular en Salud, Managua 1986, p. 10.

2 Ibidem, p. 11.

equipo de salud haga educación popular en todas las unidades de salud del país. El contenido de este plan se detalla en la página siguiente.¹

Esta política de educación popular se ha complementado con un programa de comunicación popular, en el que la propaganda y la divulgación juegan un papel muy importante al apoyar los contenidos educativos, creando además un ambiente propicio para la participación popular.

En este sentido, se viene realizando propaganda a nivel nacional a través de la radio, la televisión y los periódicos.² Asimismo se realiza también propagan-
da a nivel regional, departamental y municipal.

1 Ibidem, p. 14

2 Especialmente se está haciendo énfasis en todos los aspectos relacionados con la diarrea (prevención, alimentación, deshidratación).

ESQUEMA DEL PLAN TEMATICO

I. MATERNO INFANTIL

1.- ATENCION INTEGRAL A LA MUJER

- 1.1. Control Prenatal
- 1.2. Detección temprana del Cáncer.
- 1.3. Lactancia Materna.
- 1.4. Atención del parto
- 1.5. Control del Puerperio
- 1.6. Estudio de la fertilidad Humana.

2.- ATENCION INTEGRAL AL NIÑO

- 2.1. Crecimiento y Desarrollo.
- 2.2. Control de la Diarrea.
- 2.3. Prevención, detección temprana y rehabilitación del niño discapacitado.

3.- EDUCACION SEXUAL

- 3.1. Embarazo
- 3.2. Aborto
- 3.3. Métodos anticonceptivos.
- 3.4. Paternidad responsable.

II. HIGIENE

1.- HIGIENE COMUNAL

- 1.1. Control del agua.
- 1.2. Control de Excretas y Residuales Líquidos.
- 1.3. Control de desechos sólidos.
- 1.4. Vectores.

2.- HIGIENE Y SALUD ESCOLAR

- 2.1- Higiene Personal
- 2.2- Condiciones básicas en los centros escolares.

3.- HIGIENE Y SALUD OCUPACIONAL

- 3.1. Ambiente de trabajo como fuente de riesgo.
- 3.2. Factores que intervienen en los riesgos de trabajo.
- 3.3. Accidentes de trabajo.
- 3.4. Enfermedades profesionales, tratamiento, rehabilitación y control.

4.- HIGIENE DE LOS ALIMENTOS Y NUTRICION

- 4.1 - Conceptos básicos de alimentación y nutrición
- 4.2 - Alimentación del niño con diarrea
- 4.3 - Alimentación de la embarazada
- 4.4 - Fortificación de la sal con yodo
- 4.5 - Importancia del control higiénico sanitario en los centros de alimentación colectiva
- 4.6 - Manipulación de alimentos.

III. INMUNOPREVENIBLES

1.- POLIOMIELITIS

2.- DIFTERIA, PERTUSIS Y TETANOS

3.- SARAMPION

4.- RUBEOLA

5.- FORMAS GRAVES DE TUBERCULOSIS INF.

- Meningitis Tuberculosa
- Tuberculosis Miliar

IV. MALARIA Y DENGUE

1.- MALARIA Y DENGUE

- 2.- CONTROL DEL Aedes Aegypti
- 3.- CONTROL DEL ANOPHELES

V. ENFERMEDADES

DE TRANSMISION SEXUAL

1.- SIFILIS

2.- GONORREA

VI. CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

1.- TUBERCULOSIS

VII. CONTROL DE LA RABIA

1.- RABIA EN EL HOMBRE

2.- RABIA EN LOS ANIMALES

VIII. SALUD BUCAL

1.- FLUOROLUTORIOS Y CEPILLADO DENTAL

2.- ENFERMEDADES GINGIVALES

ALGUNAS CONSIDERACIONES CON CARACTERISTICAS DE PROGRAMAS

1.- ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO

DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- 1.1. Funcionamiento
- 1.2. Servicios que se ofrecen
- 1.3. Referencia y contrareferencia.

2.- MEDICAMENTOS

- 2.1. Automedicación.
- 2.2. Consumo completo del tratamiento indicado por el médico.
- 2.3. Toxicidad de los medicamentos.
- 2.4. Uso de plantas medicinales.

3.- SALUD MENTAL

- 3.1. Atención al combatiente
- 3.2. Atención a la madre y el niño.
- 3.3. Atención al trabajador.

4.- ATENCION AL COMBATIENTE

- 4.1. Prevención, asistencia y rehabilitación al combatiente.

CONCLUSIONES

- LA PARTICIPACION PRESENTA COMO CARACTERISTICAS EL SER UN PROCESO DE CARACTER COLECTIVO, EMINENTEMENTE POLITICO Y QUE TIENDE, COMO FIN ULTIMO, AL CAMBIO SOCIAL.

- EL PROCESO DE PARTICIPACION, EN LA MEDIDA QUE CONTRIBUYE A UNA TENSION CONSTANTE EN LA CORRELACION DE FUERZAS SOCIALES, SE EXPRESA COMO UN REPARTO DE PODER INDEPENDIEMENTE DE LAS FACETAS EN QUE LA PARTICIPACION OPERE (EDUCACION, CULTURA, ECONOMIA, SALUD, ETC.).

- EN AMERICA LATINA EXISTE UNA DETERMINACION HISTORICO-SOCIAL DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD EN LA QUE, POR REGLA GENERAL, EL FENOMENO DE LA DEPENDENCIA JUEGA UN PAPEL FUNDAMENTAL.

- EXISTEN DIFERENTES CONCEPCIONES Y MODELOS DE PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD QUE SI BIEN RESPONDIERON EN SU ORIGEN A LAS TEORIAS DEL DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL AUSPICIADAS POR EL IMPERIALISMO, HOY EN DIA TAMBIEN SE HAN FRAGUADO Y APLICADO NUEVAS CONCEPCIONES QUE, RESPONDIENDO A UNA IDEOLOGIA EMANCIPADORA, ESTAN EN PUGNA CON AQUELLAS QUE, POR LO GENERAL, SON IMPUESTAS POR DIFERENTES GOBIERNOS EN SUS POLITICAS SANITARIAS COMO MEDIO PARA EXTENDER LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y ACTUAR COMO UN INSTRUMENTO DE CONTROL SOCIAL.

- CONSIDERAMOS QUE LA PARTICIPACION Y CONTROL POPULAR DE LA SALUD, PARA SER UN PROCESO EFECTIVO, DEBE LOGRAR, EN ULTIMA INSTANCIA, UN CAMBIO SUSTANCIAL NO SOLO EN LA PRACTICA MEDICA IMPERANTE SINO TAMBIEN EN LAS CAUSAS QUE DETERMINAN SOCIALMENTE EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.

- COMO CONDICIONES BASICAS PARA EL DESARROLLO DE UN PROCESO DE CONTROL POPULAR DE LA SALUD, ESTIMAMOS NECESARIO PARTIR DE UN NIVEL PREVIO DE ORGANIZACION; ASI COMO INICIAR UN PROCESO EDUCATIVO, EN LO GENERAL, Y UNA DIFUSION Y APRO-

PIACION DEL SABER MEDICO POR LOS SECTORES POPULARES, EN LO PARTICULAR.

- EL CONTROL POPULAR DE LA SALUD, COMO FIN, Y PARA EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBJETIVOS, SUPONE EL EJERCICIO DE PODER Y TOMA DE DECISIONES EN TODOS LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA GESTION EN SALUD.

- EN PRINCIPIO, EXISTE UNA AMPLIA VARIEDAD DE GRUPOS SOCIALES QUE SON SUSCEPTIBLES DE INTERVENIR EN EL PROCESO DE PARTICIPACION Y CONTROL POPULAR DE LA SALUD, DEPENDIENDO SU INTERVENCION DE DIFERENTES FACTORES COMO LA ESTRUCTURA SOCIAL DE LA FORMACION ECONOMICO-SOCIAL, EL GRADO DE ORGANIZACION SOCIAL ALCANZADO Y LA COMPLEJIDAD EXISTENTE EN LAS FORMAS IDEOLOGICO-CULTURALES.

- NICARAGUA, HASTA EL TRIUNFO DE LA REVOLUCION POPULAR SANDINISTA, SE CARACTERIZO POR MANTENER UNAS ESTRUCTURAS DE PARTICIPACION SOCIAL REDUCIDAS EN LO INSTITUCIONAL, QUE SE MODIFICARON MINIMAMENTE EN EL TIEMPO EN FUNCION DE LA RECOMPOSICION EXPERIMENTADA POR EL BLOQUE EN EL PODER. SIN EMBARGO, HISTORICAMENTE SE DESARROLLO UNA AMPLIA PARTICIPACION SOCIAL EN LA LUCHA CONTRA LAS ESTRUCTURAS DOMINANTES.

- EL CARACTER SUBORDINADO Y DEPENDIENTE DEL CAPITALISMO EN NICARAGUA GENERO UNAS CONDICIONES DE VIDA Y SALUD QUE ESTABAN DETERMINADAS, FUNDAMENTALMENTE, POR LA EXPLOTACION A QUE LA MAYORIA DEL PUEBLO NICARAGUENSE ESTABA SOMETIDO, Y EN ESPECIAL, DURANTE LA EPOCA SOMOCISTA, DANDO LUGAR A UN PERFIL EPIDEMIOLOGICO CARACTERISTICO DE UN PAIS SUBDESARROLLADO.

- PARA ATENDER LOS NUMEROSOS PROBLEMAS DE SALUD DE LA POBLACION NO EXISTIA, EN EL SOMOCISMO, UNA PRACTICA MEDICA ACORDE A LAS NECESIDADES REALES PLANTEADAS. NI SIQUIERA LLEGABA A SER EFICAZ, Y MUCHO MENOS, EFICIENTE.

- LA REVOLUCION POPULAR SANDINISTA SE HA CARACTERIZADO POR SU PECULIAR FORMA

DE ACCESO AL PODER, LA CUAL COMBINO LA LUCHA ARMADA CON UN COMPORTAMIENTO HEGEMONICO; EL MANTENIMIENTO DE UN PROYECTO DE UNIDAD NACIONAL NO EXCLUYENTE DE NINGUN SECTOR SOCIAL Y QUE TIENE COMO BASE MATERIAL, EN LA ACTUAL ETAPA DE LA REVOLUCION, LA ECONOMIA MIXTA; POR ULTIMO, POR UN MODELO DE PLURALISMO POLITICO QUE SE CARACTERIZA POR SU FLEXIBILIDAD, BAJO UNA HEGEMONIA POPULAR, DANDO LUGAR A UNA DEMOCRACIA PARTICIPATIVA.

- LOS ORGANISMOS DE MASAS SON UN ELEMENTO ESENCIAL DEL PROCESO REVOLUCIONARIO, QUE SE MANIFIESTA TANTO A NIVEL IDEOLOGICO DEL FSLN COMO EN LA FORMULACION DE SUS PRINCIPIOS EN LA HEGEMONIA POPULAR, EN EL DESARROLLO DE LA SOCIEDAD NICARAGUENSE ACTUAL Y EN EL ESTADO.

- EXISTE UNA AMPLIA PARTICIPACION DEL PUEBLO NICARAGUENSE EN TODAS LAS TAREAS DE LA SOCIEDAD (EN LA PRODUCCION, DEFENSA, EDUCACION, SALUD, ABASTECIMIENTO, ETC.).

- EN MATERIA DE SALUD, LA REVOLUCION HA CONQUISTADO UNO DE SUS MAYORES EXITOS, SI BIEN EN LOS ULTIMOS AÑOS HA HABIDO UN EMPEORAMIENTO DE ALGUNOS INDICADORES DEBIDO A LA FUERTE CRISIS ECONOMICA Y A LA GUERRA DE AGRESION QUE DIA A DIA AUMENTA DE ENVERGADURA, SOMETIENDO A TODO EL PAIS A FUERTES TENSIONES Y DIFICULTADES EN TODOS LOS AMBITOS DE LA VIDA.

- DESDE EL GOBIERNO REVOLUCIONARIO Y CON LA PARTICIPACION DEL PUEBLO ORGANIZADO SE HAN PROMOVIDO CAMBIOS EN LA PRACTICA MEDICA, TANTO EN SU VERTIENTE TEORICA COMO PRACTICA, SI BIEN TODAVIA PERMANECEN CIERTOS ELEMENTOS RESIDUALES PROPIOS DE LA PRACTICA MEDICA HEGEMONICA EN EL SAMOCISMO QUE ENTRAN EN CONTRADICCION CON LA NUEVA PRACTICA MEDICA QUE SE INTENTA DESARROLLAR.

- A DIFERENCIA DE LA ANTIGUA PARTICIPACION COMUNITARIA, EN LA QUE LA POBLACION ERA MOVILIZADA POR AGENTES EXTERNOS EN TORNO A OBJETIVOS QUE JAMAS RESOLVE-

RIAN LA REAL PROBLEMATICA SANITARIA, ACTUALMENTE, ES LA ORGANIZACION POPULAR QUIEN TOMA LA SALUD COMO UNO DE LOS CAMPOS DE PRACTICA DENTRO DEL CONJUNTO DE ACTIVIDADES EN EL PROCESO REVOLUCIONARIO.

- NO OBSTANTE, LA PARTICIPACION POPULAR EN LA GESTION DE AL SALUD CONSTITUYE EN NICARAGUA UN PROCESO GRADUAL QUE HA PASADO POR DIFERENTES ETAPAS. MIENTRAS EN LOS PRIMEROS AÑOS, DADA LA SITUACION DE SALUD EXISTENTE, SE DIO UNA MOVILIZACION POPULAR MASIVA MAS QUE UNA VERDADERA PARTICIPACION, NO DISPONIENDOSE TOTALMENTE DE ESTRUCTURAS ESTABLES PARA LA PARTICIPACION; EN LOS AÑOS MAS RECIENTES SE HA IDO AVANZANDO EN LAS AREAS Y NIVELES DE PARTICIPACION, SIN QUE PUEDA AFIRMARSE QUE ACTUALMENTE EXISTE UNA PARTICIPACION INTEGRAL DEL PUEBLO NICARAGUENSE EN LA GESTION DE SALUD.

- EN ESTOS MOMENTOS RESULTA MUY DIFICIL EVALUAR LOS RESULTADOS OBTENIDOS ULTIMAMENTE COMO CONSECUENCIA DE LA PARTICIPACION POPULAR EN SALUD, DADO EL EFECTO DISTORSIONANTE QUE SOBRE TODO EL CONJUNTO SOCIAL PROVOCA LA GUERRA DE AGRESION.

- NO PUEDE CONCLUIRSE DE NINGUNA MANERA QUE EXISTA UN MODELO DEFINITIVO O ESTABLE DE PARTICIPACION POPULAR EN LA GESTION DE LA SALUD EN NICARAGUA PUES, EN TODO CASO, LA MATERIALIZACION DEL MISMO DEPENDERA DEL RUMBO QUE TOMEN EN EL FUTURO TANTO EL PROCESO REVOLUCIONARIO (REVOLUCION EN LA REVOLUCION) COMO LA AGRESION CONTRARREVOLUCIONARIA.

APENDICE No. 1

GUIA DE ENTREVISTA A INFORMANTE CLAVE SOBRE EL TEMA DE PARTICIPACION

- ¿ Qué entiende por participación popular en salud ?
- ¿ Qué áreas, niveles e instancias de poder-decisión cree que debe contemplar un proceso de participación ?
- ¿ Qué elementos (políticos, administrativos,...) cree que son indispensables para el proceso de participación en salud ?
- ¿ En qué ámbito o contexto histórico concreto puede darse la participación en salud ?
- ¿Cuál es la finalidad de un programa de participación en salud ?
- ¿ Qué experiencias concretas conoce ? Descríbalas (los puntos fundamentales) y cual es su opinión al respecto.
- ¿Cuál le parece más interesante y por qué ? ¿qué aspectos son los más innovadores de este último proceso de pps respecto a otros ?
- Ventajas y utilidad de un programa de participación en salud
- Problemas, dificultades y obstáculos en la participación en salud
- ¿ Cómo sería un diseño ideal de participación en salud ?
- Sugerencias para el abordaje del estudio de la participación en salud
- Bibliografía que conoce y recomienda

APENDICE No. 2

GUIA DE ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVE EN NICARAGUA

Edad, sexo, ocupación

Vinculación con el sector salud

Cargo que desempeña. Desde cuando ?

Estructura del nivel organizacional del sector salud (si procede)

Pertenencia o no a una organización popular. Cuál ? Cargo o responsabilidad

Participación o no en alguna actividad de salud. Cuál ? Por qué ?

Por quién fue elegido o designado ?

Estructura organizativa de la organización popular a la que pertenece.

Estructura organizativa de la organización popular a la que pertenece en relación al sector salud.

Cómo se eligen a los responsables ? y para el sector salud ?

Se recibe algún tipo de remuneración por participar en alguna actividad de salud ?

Tiempo que dedica (normal y extraordinario para los no vinculados al sector salud)

A qué tipo de reuniones asiste ? con qué frecuencia ? de qué tratan ? cuales son las funciones ?

Cuales son los demás integrantes del grupo, reunión, jornada,... ? (número y funciones)

Mecanismos para la toma de decisiones.

Coordinación con otras instancias administrativas del Estado. Nivel de decisión.

Problemas que resuelven y actividades que realizan.

Estructura organizativa del comité, junta, jornada,... de salud que integra; y a nivel local, regional y central.

Concepción de participación popular.

Relación con el partido .

Relación con otras organizaciones

Existencia o no de personas especializadas para la salud

Manejo en las mismas estructuras y variación tras el tiempo y posteriormente tras las elecciones.

APENDICE No. 3

ACERCA DEL CONCEPTO DE PUEBLO

El concepto de pueblo utilizado en esta tesis tiene un sentido preciso, que es necesario aclarar. No se refiere a toda la población que vive en una determinada nación, o al conjunto de los ciudadanos de la misma. El concepto de pueblo - está referido únicamente "a aquellos sectores que tienen intereses opuestos a -- los grupos dominantes," en un determinado momento de la historia de un país o - cojuntura política ".¹

Según esta definición, pueblo corresponde al concepto de masas populares, abarcando a diversos grupos y clases sociales que son diferentes en distintos momentos históricos. De esta manera, la conceptualización de pueblo o masas es más - abarcativa que la de clase social.

Si la clase social está formada por el conjunto de individuos que ocupan un - lugar común en el sistema de producción social, lugar que depende fundamentalmen - te de la propiedad o no propiedad que ellos tengan sobre los medios de produc--- ción. Las masas o el pueblo está formado por individuos que ocupan diferentes - lugares en la producción social: obreros, pequeños productores, capitalistas pe- queños y medianos, etc. y algunos sectores que solo están ligados indirectamente a la producción: intelectuales, empleados del Estado, etc.

Estando todos estos sectores - unidos por el hecho de tener intereses opuestos a los enemigos principales o ene- migos del pueblo que son los grupos dominantes.

1. Marta Harnecker, Gabriela Uribe. "Dirigentes y Masas". Cuaderno de educa- ción popular No. 9 Ediciones Quinto Sol, Ed. Nuevos horizontes. México.

Es necesario entonces definir cual es el enemigo principal del momento en cada coyuntura política. Y es por ello que el pueblo está constituido por sectores diferentes de la población dependiendo de las circunstancias históricas.

En el momento de las revoluciones de liberación nacional, se conceptualiza al pueblo como:

"El pueblo no es algo homogéneo o carente de contradicciones internas, la compleja articulación de modo y formas de producción en las formaciones periféricas, determina la conjugación de las clases, grupos y fracciones producto de tales formas y modos. Los rasgos objetivos y subjetivos de los agentes sociales se ven signados adicionalmente por la heterogeneidad estructural y por su integración recíproca. Esta heterogeneidad y sus efectos en el terreno político ideológico son resultado del modo en que el capitalismo subordina a los otros modos y formas de producción en la periferia".¹

Y concretamente, en el proyecto revolucionario nicaragüense actual, siendo imperialismo y burguesía el sector contra el cual se enfrenta no sólo el proletariado sino el pueblo del cual forma parte el proletariado; en Pueblo, se incluye no sólo al proletariado, sino también, en primer lugar, toda la clase trabajadora independiente de todas sus modalidades, ésto incluye a: trabajadores industriales y agrícolas, trabajadores del comercio y los servicios, trabajadores del Estado, campesinos, semi-proletarios, artesanos, profesionales y técnicos, pequeños propietarios. Sectores que de una manera u otra son explotados y dominados por la Burguesía, los terratenientes y el imperialismo.²

Todas estas fuerzas sociales que conforman el pueblo, sufren las consecuencias de la dominación económica y social y como fuerza social actúan en el campo político con un gran peso específico cuantitativa o cualitativamente. Dentro

1 Carlos Vilas. "Las Contradicciones de la transición: clases, nación y estado en Nicaragua". en Estado y Clases Sociales en Nicaragua. ANICS, Managua -- 1982, p. 19.

2 Willian Villagra G. "Fuerzas sociales y proyecto revolucionario" en Ibidem, p. 153

de estas fuerzas se encuentran también, las amas de casa, mujeres en general, --- sectores integrantes de los barrios, sectores informales de la economía y la juventud.

El enemigo principal es aquí la burguesía y el imperialismo. El pueblo tiene una contradicción común planteada que es la contradicción con este sector dominante.

Sin embargo desde un punto de vista económico, y por lo tanto desde un punto de vista político e ideológico no hay homogeneidad. Al interior del pueblo hay contradicciones internas no antagónicas que se derivan de la composición social de la alianza, del bloque popular. ¹

Objetiva y subjetivamente no existe homogeneidad en el interior del pueblo; cada grupo y clase social tiene sus reivindicaciones particulares que no pueden anteponerse a los intereses generales del proyecto revolucionario.

Ahora bien, dentro del pueblo existe una clase que es la clase decisiva, la única capaz de luchar hasta el fin por liberar a todo el pueblo de la explotación que es el proletariado o la clase obrera y, de su actuación organizada depende el futuro de la revolución.

En un sentido general, el pueblo lo integran "todas las clases, capas y grupos sociales que aprueban y apoyan la causa de la construcción socialista y participan en ella; son enemigos del pueblo todas las fuerzas y grupos sociales que oponen resistencia a la revolución y se muestran hostiles a la edificación socialista o la sabotean". ²

1 William Villagra G. op. cit.

2 Mao Tsetung. Cinco tesis filosóficas de Mao Tsetung. Edic. en lenguas extranjeras. Pekin 1974.

Bajo el término de popular, se designa también, "aquellos grupos que se encuentran en una posición de asalariados, semiasalariados, o no asalariados del medio urbano y rural, (que viven en condiciones mínimas de existencia) y se encuentran sometidos a determinadas relaciones de explotación. Relaciones éstas que no sólo se limitan a su posición frente al ciclo de producción-distribución-consumo, sino también a las relaciones político-ideológicas de dominación y subordinación". ¹

Para el caso concreto de la Revolución Popular Sandinista queda reflejado claramente el concepto de pueblo con las siguientes frases" "Si bien las clases y grupos que constituyen el terreno popular cobran existencia como tales en el ámbito de las relaciones de producción /circulación (...), su conjugación como pueblo es el resultado del modo en que la lucha política se desenvuelve, del tipo y nivel de los enfrentamientos, y del alineamiento concreto que, en cada momento, aquellas clases y fracciones adoptan en torno a la contradicción que conduce la lucha. El pueblo como realidad histórica y como concepto teórico es producto de las mil formas de protesta, movilizaciones, revueltas con que las clases dominadas se resisten contra la explotación económica y la opresión política, contra la pobreza y el absolutismo, contra la imposición cultural y la subyugación colonial o imperialista, en un proceso de constitución como sujeto político que no tiene lugar al margen del sistema de dominación sino donde de él, y en el que expresan su identidad de pueblo y su voluntad de emancipación.

VI Rebeca de los Rios. Proceso de participación popular en la Gestión de Salud Pública. Tesis de maestría en medicina social. UAM-X México 1979.

Entendemos por pueblo, cuando hablamos de lucha, la gran masa irredenta, a la que todos ofrecen y a la que todos engañan y traicionan, la que anhela una patria mejor, más digna y más justa; la que está movida por ansias ancestrales de justicia por haber padecido la injusticia y la burla, generación tras generación, la que ansía grandes y sabias transformaciones en todos los órdenes y está dispuesta a dar para lograrlo cuando crea en algo o en alguien, sobre todo cuando crea suficientemente en sí misma hasta la última gota de sangre".¹

¹ Carlos M., Vilas, Perfiles de la revolución sandinista., la Habana, Ed. Casa de las Américas, 1984 p. 25

APENDICE No. 4

Los CEP: Colectivos de Educación Popular

Los CEP son las células sobre las cuales viene desarrollándose el programa de Educación Popular Básica, continuador del primer gran esfuerzo educativo de la revolución sandinista que fue la Cruzada Nacional de Alfabetización (marzo-agosto 1980).

Existen en Nicaragua 18.000 CEP que atienden a 150 000 alumnos (campesinos, obreros, amas de casa del campo y de la ciudad). El maestro es el Coordinador Popular, en la mayoría de los casos se trata de un maestro improvisado, campesino, obrero, ama de casa o estudiante, que muchas veces cuenta únicamente con unos años más de escuela que los alumnos. Existe otra figura que es el Promotor Popular, maestro de este maestro o Coordinador Popular, cuya función es la de supervisar varios CEP y Coordinadores.

Este programa de Educación de Adultos contribuye a la construcción de una democracia participativa en Nicaragua al estar basado en los siguientes enfoques:

- Democratización de la educación, esto es, expansión de la cobertura educativa.
- Educación democrática en sí misma, empiezan a perder terreno los valores y comportamientos asimétricos, verticales, acríticos, no participativos, y empiezan a tomar forma, a internalizarse y actuar nuevos valores y comportamientos que van en la dirección de esa nueva educación solidaria, crítica, participativa que se busca construir.
- Educación para la democracia, es decir, vista a la luz de espacios, prácticas y procesos más abiertos, fuera del ámbito estrictamente educativo.

APENDICE No. 5

Algunos ejemplos cotidianos de participación popular

La participación de la población en todos los actos que le atañen es una actividad habitual que día a día vemos integrada al quehacer diario del pueblo nicaraguense. Y así tenemos algunos ejemplos de ellos:

- El FSLN y dirigentes campesinos se reúnen en talleres de evaluaciones; en El Rama, Región V: Se trata de hacer una evaluación de los avances obtenidos - en el terreno productivo, comunitario y de autodefensa. El comité zonal del FSLN impulsa estos talleres con dirigentes campesinos del municipio El Rama; se celebraron talleres durante tres meses y se recogieron todas las sugerencias y comentarios en una asamblea. Los campesinos plantearon sus reivindicaciones acerca de la necesidad de contar con motores marinos, sobre las dificultades del transporte terrestre y la necesidad de mejor abastecimiento y fusiles para la autodefensa. (noticia comentada en Barricada, 14 de junio de 1986).
- Asamblea de campesinos de Occidente: organizada por el movimiento municipal proelecciones libres (OMPEL) y la Coordinadora Democrática Nicaragüense. Se convoca a la unificación de todos los sectores democráticos en todos los municipios del país; se intenta preparar especialmente a los trabajadores sobre lo que es el municipio y su significación para el desarrollo de todas las comunidades, así como acerca de la base de la organización social de la república. Se concluye "la necesidad de la organización municipal en cada lugar para que todos tengan su participación en los asuntos de las comunidades, ya que los gobiernos locales son los responsables directos de la gestión administrativa, social y económica de cada municipio". (La Prensa, 30 de mayo de 1986).

- Treinta mil productores de la región de las Segovias organizan en UNAG un proceso asambleario para revisar los acuerdos del congreso campesino sobre -- producción, productivad. y defensa nacional. (Barricadã, 11 de julio de 1986).
- Iniciativa popular versus burocracia: en una zona del territorio nicaragüen-- se existen problemas demandas a la INAA; la propia comunidad se moviliza, ha-- ce sus críticas y actua. (Barricada, 20 de junio de 1986).
- Control popular de la distribución: A partir de la segunda quincena de abril del presente año, El Ministerio de Comercio Interior (MICOIN) capacitó a -- tres mil setecientos sesenta "inspectores populares" para el control de la -- distribución y los precios en los expendios y tiendas de barrios y comarcas -- en todo el país. Estos inspectores trabajan respaldados por la población y -- los CDS, sin recibir remuneración alguna.

Se trata de ejercer una tarea en defensa del consumidor: Que se cumplan las disposiciones legales en relación a los precios, controlar el abastecimiento a expendios y la entrega de las cuotas de productos básicos a la población, asi como reportar las anomalías y abusos ante los inspectores comerciales en el zonal correspondiente.

Conforman estos inspectores, amas de casa, trabajadores, jubilados, que en -- sus horas libres se dedican voluntariamente a tareas en beneficio de su comu-- nidad.

- "De cara al pueblo": Son reuniones periódicas (normalmente semanales) Que -- el FSMN mantiene con el pueblo. Se trata de un diálogo abierto donde caben -- todo tipo de preguntas, críticas, demandas y sugerencias que el pueblo plantea -- al gobierno. Casi siempre es el propio presidente quien participa en estos -- encuentros con los campesinos, trabajadores, habitantes de un barrio, etc. Estos encuentros suelen retransmitirse por televisión días después de cele--- brarse y llama la atención la sencillez, claridad y profundidad en los temas que tratan. En uno de ellos el presidente Daniel Ortega instaba a abolir --

- el paternalismo y despertar la capacidad creativa de la comunidad para no depender del estado en su desarrollo. (El Nuevo Diario, 24 de marzo de 1986).¹
- Participación en las producción : Como es el caso de los trabajadores de induquinisa que se pusieron como meta batir el record de producción y superar la capacidad teórica de las viejas máquinas (Barricada, 5 de mayo de 1986). En la línea de la toma del poder político de la clase trabajadora que a la vez es la práctica de la capacidad de los trabajadores para decidir las metas que se alcanzarán para imponer mayores exigencias en la organización laboral y en los esfuerzos no sólo de los obreros sino además de técnicos y administradores.
 - Los Cabildos Abiertos Constitucionales: Asambleas de los diversos sectores sociales que la Asamblea Nacional llevó a cabo con el propósito de informar, así como de auscultar la opinión y sugerencias que todos los sectores del país efectuaron al primer proyecto de constitución política de Nicaragua. (Barricada, 15 de mayo de 1986). Como al tema de los cabildos ya se le ha dedicado un apartado (III.2.4), se mencionan aquí algunas referencias por si el lector desea conocer con más detalle lo tratado en algunos de ellos.²

1 Otras referencias pueden encontrarse en Barricada (22 y 24 de junio de 1986 y 27 de abril de 1986).

2 El Nuevo Diario 13 de mayo de 1986 (economistas); el Nuevo Diario 25 de mayo de 1986 (maestros y alumnos); Barricada 24 de mayo de 1986 (técnicos y profesionales); Barricada, 28 de mayo de 1986 (educación y cultura); el Nuevo Diario 2 de junio de 1986 (mujeres); Barricada, 2 de junio de 1986 (libertad y democracia); el Nuevo Diario 4 de junio de 1986 (religiosos); el Nuevo Diario 17 de junio de 1986 (agrícolas); el Nuevo Diario, 24, 26 y 29 de mayo de 1986 y 10 junio 1986; Barricada, 9, 10, 23 agosto 1986 y 13 agosto 1986; El Socialista, mayo 1986.

NICARAGUA: CENTRALES SINDICALES

CENTRAL SINDICAL	VINCULACION POLITICA	SECTORES LABORALES DE INFLUENCIA	AFILIACION INTERNACIONAL
CST	FSLN	Trabajadores cañeros, alimentos y bebidas, transportes, servicios; salud, construcción, textiles, etc.	FSM CPUSTAL
ATC	FSLN	Obreros agrícolas.	
CGTi	PSN	Obreros agrícolas, servicios, zapateros, construcción, carpinteros.	FSM CPUSTAL
CTN	PSC	Servicios, gasolineras, transportes, Aceitera Corona, Avícola Estrella, - metalúrgia, La Prensa, radios privadas.	CMT CLAT
CAUS	PC de N	PROSAN, METASA, ENAVES, FANATEX, y otros	FSM
CUS	PSD	Ingenio San Antonio, taxistas (trabajadores del volante), transportes, cincuenta talleres mecánicos, hoteles, meseros, trabajadores miskitos.	CIOSL ORIT
FO	PMLN	Construcción, obreros agrícolas, textiles, maestros, salud, bancos.	
CTNi	PPSC		CMT CLAT

Fuente: Entrevistas de Pensamiento Propio

En, María Flores-Estrada y José Lobo, "La consigna es sobrevivir", Pensamiento Propio No. 33 Mayo/Junio 1986 p. 27

AMERICA LATINA: EVOLUCION DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO POR HABITANTE

P A I S	TASA ANUAL DE CRECIMIENTO	VARIACION ACUMULADA
	1985 ^a	1980-1985 ^a
ARGENTINA	- 4.5	- 17.7
BARBADOS	-	-
BOLIVIA	- 5	- 29.4
BRASIL	4.8	- 3
COLOMBIA	0.1	1 0.5
COSTA RICA	- 2.5	- 13.8
CUBA ^b	3.8	34.1
CHILE	0.2	- 9.1
ECUADOR	- 0.3	- 4.0
EL SALVADOR	- 1.4	- 23.8
GUATEMALA	- 4.2	- 18.5
GUYANA	-	-
HAITI	- 1.3	- 13.0
HONDURAS	- 1.7	- 13.0
JAMAICA	-	-
MEXICO	0.7	3.6
NICARAGUA	- 5.9	- 11.6
PANAMA	- 0.5	- 0.9
PARAGUAY	1.0	- 3.2
PERU	- 0.4	- 14.6
REPUBLICA DOMINICANA	- 3.4	- 2.6
TRINIDAD Y TOBAGO	-	-
URUGUAY	- 0.9	- 19.1
VENEZUELA	- 2.7	- 20.8
AMERICA LATINA ^c	0.5	- 8.9
INCLUIDO BRASIL Y CUBA	- 1.5	- 11.4

a Estimaciones preliminares sujetas a revisión

b Se refiere al concepto de producto social global

c Excluye Cuba.

Fuente: CEPAL, sobre la base de cifras oficiales de producto interno bruto. Las cifras de población corresponden a las estimaciones del CELADE publicadas en el Boletín Demográfico Año XVIII, No. 35, Enero, 1985.

Extraído de Croes, Edwin. "Crisis para Rato". - -
Pensamiento Propio, No. 31, Nicaragua Marzo 1986 p. 32

CENTROAMERICA: RELACION ENTRE LOS INTERESES TOTALES
PAGADOS Y LAS EXPORTACIONES DE BIENES Y SERVICIOS^a

P A I S E S	1978	1980	1982	1984	1985 ^b
COSTA RICA	9.9	18	36.1	30.7	28.0
EL SALVADOR	5.1	5.9	11.9	13.2	14.0
GUATEMALA	3.6	5.3	7.8	8.9	11.5
HONDURAS	8.2	10.6	22.4	17.1	17.0
NICARAGUA	9.3	17.8	32.2	11.7	17.0

^a Los intereses incluyen los correspondientes a la deuda a corto plazo

^b Estimaciones preliminares sujetas a revisión

Fuente: 1879-1984; CEPAL, sobre la base de información del Fondo Monetario Internacional
1985: CEPAL, sobre la base de informaciones oficiales.
Extraído de Croes, Edwin. "Crisis para Rato".
Pensamiento Propio No. 31, Nicaragua, Marzo 1986 p.33

ANEXO 4

C U A D R O No. 51

NICARAGUA, COMERCIO EXTERIOR 1980-1984
(Millones de dólares)

EXPORTACIONES	1 9 8 0	1 9 8 4
USA	162,4 (36%)	45,3 (12%)
Bloque Este	12,2 (3%)	22,8 (6%)
América Central	75,2 (17%)	32,9 (9%)
Otros países de Latinoamérica	0,5 (0%)	6,7 (2%)
Europa Oeste	147,7 (33%)	138,8 (37%)
Japón	12,6 (3%)	93,5 (25%)
IMPORTACIONES		
USA	244,0 (28%)	158,8 (20%)
Bloque Este	1,8 (0%)	200 (26%)
Centro América	300,7 (34%)	88,5 (11%)
Otros L.A.	178,2 (20%)	11,4 (14%)
Japón	28,4 (3%)	26,0 (3%)

Total export. en 1980: 450; Import: 887,2

Déficit: -436,8

Total Export 1984: 374; Import: 790

Déficit: -416

Fuente: Banco Central

Tomado de: La Prensa, 17 de Agosto de 1985

Según el Ministro de Industria, el 45% de las materias primas e insumos para la industria provienen de países socialistas y hacia esos países se dirige el 30% de las exportaciones del sector. La maquinaria proviene en su mayoría del campo socialista¹.

1 Barricada, 4 de Noviembre de 1985

PRESTAMOS Y DONACIONES CONCEDIDAS A NICARAGUA DESDE EL 19 DE JULIO DE 1979 POR ORIGEN
(EN MILLONES DE DOLARES)

O R I G E N	1979	1980	1981	1982	1983	T O T A L	%
Orgs. Multilaterales	213.0	170.9	86.2	93.6	2.8	566.5	26.3
BCIE	-	36.3	44.5	9.2	2.8	92.8	4.3
Banco Mundial	-	57.0	33.7	16.0	-	106.7	5.0
BID ¹	113.5	67.6	8.0	34.4	-	223.5	10.4
Otros ¹	99.5	10.0	-	34.0	-	143.5	5.6
Org. Oficiales	84.9	301.8	426.9	460.2	8.8	1,282.6	59.6
Estados Unidos	-	72.6	-	-	-	72.6	3.4
Europa Occidental	14.6	38.7	60.2	38.7	8.8	161.0	7.5
América Latina	70.3	87.5	153.5	170.6	-	481.9	22.4
Países Socialistas	-	103.0	110.2	247.9	-	461.1	21.4
Otros ²	-	-	103.0	3.0	-	106.0	4.9
Proveedores	-	24.6	-	-	-	24.6	1.1
Sub-Total Préstamos*	297.9	497.3	513.1	553.8	11.6	1,873.7	87.0
Sub Total Donaciones**	83.5	121.8	55.1	18.6	-	279.0	13.0
T O T A L	381.4	619.1	568.2	572.4	11.6	2,152.7	100.0

1 Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA), Organización de Países Exportadores de Petróleo (OPEP)
Fondo de Estabilización del Mercado Común Centroamericano (FOCEM) y Banco Asociados al CEMLA

2 Libia y Taiwán.

* Información hasta el 28 de febrero de 1983 ** Información hasta el 31 de agosto de 1982

Fuente: Fondo Internacional para la Reconstrucción (FIR)

ELABORACION: Colectivo de Pensamiento Propio

En "Nicaragua ¿de quién depende?", Rev. Pensamiento Propio, No. 6-7 Julio-Agosto 1983 p. 28

HOJA DE CONTROL DE ACTIVIDADES DEL BRIGADISTA
REGION 1 "LAS SEGOVIAS"

Nombre del Brigadista:		Comunidad:												Año:																					
Municipio:		Sector:												Mes:																					
PROGRAMA	ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL		
URO	No de Niños Atendidos																																		
	No. de Sobres Usados																																		
	No de Sobres Distribuidos																																		
	No de Niños Referidos																																		
MALARIA	No de Muestras Tomadas																																		
	No de Tratamientos Presuntivos																																		
	No. de Casos Positivos																																		
	No. de Tratamientos Hospitalares																																		
INYECCIONES E INMUNIZACIONES	No de Tratamientos a Convalecientes																																		
	No. de Vacunas Aplicadas																																		
	No de Otras Inyecciones Aplicadas:																																		
	No. de Casos Atendidos																																		
PRIMEROS AUXILIOS	No de Casos Referidos																																		
	No. de Casos Referidos																																		
HIGIENE DEL MEDIO	No. de Letrinas Entregadas																																		
	No de Letrinas Instaladas																																		
EDUCACION POPULAR	No de Letrinas Inspeccionadas																																		
	No de Charlas																																		
	No. de Entrevistas																																		
	No de Reuniones																																		
OTROS	No de Visitas Domiciliarias																																		
TOTAL																																			

HOJA DE CONTROL DE ACTIVIDADES DE LAS PARTERAS POPULARES REGION 1 "LAS SEGOMAS"

Nombre de la Partera:		Comunidad:	
Sector:	Municipio:	Area:	Mes:
		Año:	

PROGRAMA	ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL			
ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	No. de Embarazos Controlados																																			
	No. de Embarazos Referidos	Control Pre-Natal																																		
		ARO																																		
	No. de Partos Atendidos	No. Nac. vivos																																		
		No. Nac. muert																																		
	No. de Partos Referidos																																			
	No. de Abortos Referidos																																			
No. de Puerperas Controladas																																				
No. de Puerperas Referidas																																				
URO	No. de Casos Atendidos																																			
	No. de Sobres Usados																																			
	No. de Sobres Distribuidos																																			
	No. de Casos Referidos																																			
LACTANCIA MATERNA	No. de Orientaciones Ofrecidas																																			
	Casos referidos con Complic. Lact.																																			
CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO	No. de Niños Referidos Bajo Peso																																			
	No. de Referidos a Control de Crecimiento y Desarrollo																																			
	No. de Niños Referidos Otras Causas																																			
EDUCACION POPULAR	No. de Charlas																																			
	No. de Entrevistas																																			
	No. de Reuniones																																			
	No. de Visitas Domiciliares																																			
OTROS																																				
TOTALES																																				

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Acuña, Héctor, "La comunidad y el desarrollo de los servicios primarios de salud," Educ. Méd. Salud, vol. 11, n°2, 1977
- Agudelo, Carlos A., "Participación comunitaria en salud. Conceptos y criterios de valoración," Boletín OPS, vol. 95, n°3, 1983
- AMNLAE, La mujer nicaragüense y su experiencia de participación en salud, Primer Congreso Nacional JPS, Managua, 1984
- AMNLAE, Logros de la mujer nicaragüense, Managua, s.f.
- ANICS, Estado y clases sociales en Nicaragua, II Congreso de la Asociación Nicaragüense de Científicos Sociales "Carlos Manuel Galvez", Managua, 1982
- Araujo y Llorens, La lucha por la salud en Cuba, s.XXI, México, 1985
- Arouca, Sergio, "Salud en las sociedades en transición," Rev. CSUCA n°21, Costa Rica, 1982
- Barahona, Amaru, Intervención extranjera y dictadura, en Economía y sociedad en la construcción del Estado en Nicaragua, ICAP, Costa Rica, 1983
- Baumeister, E., "Estructuras productivas y reforma agraria en Nicaragua," en R. Harris y Carlos M. Vilas (comp.), La revolución en Nicaragua, ed. Era, México, 1985
- Bernales Alvarado, M., "La transformación del Estado: problemas y perspectivas," en R. Harris y C. Vilas, La revolución en Nicaragua, ed. Era, México, 1985
- Bogdan M. Kleczkowski y otros, Sistemas nacionales de salud y su reorientación hacia la salud para todos, OMS, Cuadernos de Salud Pública 77, Ginebra, 1984
- Bogdan M. Kleczkowski y otros, El sistema sanitario al servicio de la atención primaria de salud, Cuadernos de Salud Pública 80, OMS, Ginebra, 1984
- Boletín Nicaragüense de Higiene y Epidemiología, vol. 1 n°1 y 2, Managua, 1983 y 1984
- Borroto, Rafael, "Concepto de atención médica primaria," Extensión de cobertura y atención primaria, SESPAS, Rep. Dominicana, 1980
- Buitrago del Rosal, Ma. Consuelo, La participación popular en atención primaria en salud, tesis de grado, UNAN, mimeo, Managua, 1985
- Capote, Roberto, "La toma de decisión en el proceso de dirección," Rev. cubana adm. salud, 4:4, 1978
- Carroll, Mary, "Educación y participación en salud: Zelaya Sur," Rev. CSUCA n°23, Costa Rica, 1982

Calderón, Manuel, "Nicaragua: el proyecto nacional-popular," Le Monde Diplomatique en español, México, Julio de 1984

Castells, Manuel, "La nueva estructura de la dependencia y los procesos políticos de cambio social en América Latina", en Pizzorno A., Kaplan M., Castells M., Participación y cambio social en la problemática contemporánea, edit. Siap-Planteos, Buenos Aires, 1975

Centro de Comunicación Internacional (CCI), La contrarrevolución: desarrollo y consecuencias. 1980-1985, Managua, 1985

CCI, De las elecciones a la constitución... la consolidación de la democracia en Nicaragua, Managua, 1986

CDS, Los CDS somos poder popular, Managua, s.f.

Chamorro, Amalia, Algunos rasgos hegemónicos del somocismo y la revolución sandinista, Cuadernos de Pensamiento Propio, INIES-CRIES, Managua, Junio de 1984

CIERA, Lunes socio-económico de Barricada 1983-1984, Managua, 1984

CIERA, La democracia participativa en Nicaragua, Managua, 1986

Clement, Pool y Carrillo, Economía: enfoque América Latina, Mc Graw Hill, México, 1985

CNJPS, Las Jornadas Populares de Salud en sus tres años de desarrollo, Congreso Nacional, Managua, 1984

Comité Técnico de Reforma Agraria, XI Conferencia, Naciones Unidas

Coraggio, José Luis, Revolución y democracia en Nicaragua, Cuadernos de Pensamiento Propio, INIES-CRIES, Managua, 1984

Coraggio, José Luis, "Elecciones: interrogantes y desafíos", Rev. Pensamiento Propio año II, n°19, INIES-CRIES, Managua, 1984

CPNS, Jornadas Populares de Salud, Managua, 1981

CPNS, Objetivos, estructura y funciones de la Comisión Popular de Salud, mimeo, Managua, 1980

CPNS, Proyecto: Jornadas Populares de Salud, Managua, 1981

CPNS, El papel de los Consejos Populares de Salud en las JPS, Primer Congreso Nacional JPS, Managua, 1984

CPNS, La participación de las organizaciones populares en la gestión de salud, Primer Congreso Nacional JPS, Managua, 1984

CPNS, Documento base, Congreso Nacional Jornadas Populares de Salud, Primer Congreso Nacional JPS, Managua, 1984

- CPNS, Impacto de las JPS en el perfil epidemiológico de las enfermedades prevenibles por vacuna y la malaria, Primer Congreso Nacional JPS, Managua, 1984
- CPNS-MINSA, Manual del brigadista popular de salud, Managua, 1981
- Cuadernos de El Socialista n°3, Managua, Julio de 1986
- Dasgandra, Domingo, "El concepto de comunidad y sus relaciones con los programas de salud", Salud comunitaria y participación de la comunidad, SESPAS, Rep. Dominicana, 1980
- DECOPS, Aportes para el análisis histórico de la educación y la participación popular en salud, MINSA, Managua, 1980
- DECOPS, Educación popular en salud. Lineamientos generales, MINSA, Managua, 1980
- DECOPS, Formación del brigadista de salud en el SNUS, MINSA, Managua, 1985
- DECOPS, Desarrollo de la educación popular en salud en Nicaragua y sus perspectivas, Primer Congreso Nacional JPS, Managua, 1984
- DECOPS, "Las jornadas populares: un proyecto de participación popular en Nicaragua", Rev. CSUCA n°17, Costa Rica, 1980
- De Miguel, Jesús M., La salud pública del futuro, Ariel, Barcelona, 1985
- Donahue, John M., "Nicaragua: participación de la comunidad organizada en programas de salud antes y después de la revolución de 1979", Rev. CSUCA n°23, Costa Rica, 1982
- Duverger, M., Sociología de la política, Ariel, México, 1983
- Eibenschütz, Catalina, "Medicina comunitaria e ideología", Medicina Comunitaria, SESPAS, Rep. Dominicana, 1980
- Eibenschütz, C., "Hegemonía y salud en el Estado mexicano", Rev. Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, año XXVII, n°106, UNAM, México, 1981
- Eibenschütz, C., "Participación popular en salud", Rev. CSUCA n°21, Costa Rica, 1982
- Escalona, Mario, "La participación popular en la salud", mimeo y Rev. CSUCA n°17, Costa Rica, 1980
- Estrada Arévalo, Angel René y Watson Lewis Gina, El carácter del Estado y la implementación de la estrategia de atención primaria en salud en los periodos 1975-18 de julio 1979 y 19 julio 79-83, tesis de grado, mimeo, CIES, Managua, 1983
- Fassler, Clara, Transformación social y planificación de salud en América Latina, mimeo, México, 1979
- FETSALUD, Los trabajadores de la salud, su lucha histórica y su participación en las JPS, Primer Congreso Nacional JPS, Managua, 1984

- FETSALUD, Resoluciones del Consejo Nacional, mimeo (inédito), Managua , Agosto 1986
- Florez Estrada, María y Lobo, José, "La consigna es sobrevivir," Rev. Pensamiento Propio n°33, Managua, mayo/junio 1986
- Forse , Epika T., Nicaragua: A people's Revolution, Washington, 1980
- FSLN, Bases para el plan de lucha del FSLN, Managua, 1984
- Gallardo, Leonel, "Algunas tendencias de la educación y participación comunitarias en salud en América Latina," Boletín OPS, vol. 96, n°4, 1984
- García Manzanedo, Héctor, "Estudio sociocultural sobre integración de los sistemas de salud y participación de la comunidad," Educ. Méd. Salud, vol. 11, n°4, 1977
- Garfield, Richard M., Taboada Eugenio, "Health services reforms in Revolutionary Nicaragua", American Journal of Public Health, vol. 74, n°10, october, 1984
- Gianotten, Vera, "Cinco años de acercamiento", Rev. Pensamiento Propio n°23, Managua, mayo/junio 1986
- Gramsci, Antonio, Cuadernos de la cárcel: notas sobre Maquiavelo, sobre política y sobre el Estado moderno, J. Pablos editores, México, 1975
- Guarocuya, Batista, "La salud en el capitalismo subdesarrollado dependiente," Rev. CSUCA n°21, Costa Rica, 1982
- Guédez, Víctor, La educación, la ciencia y la tecnología por y para la participación, Centro de Información, Documentación y Análisis Latinoamericano, Venezuela, s.f.
- Guido, Lea, "La salud en Nicaragua", Rev. CSUCA n°21, Costa Rica, 1982
- Gutiérrez, Juan I., "Panorama de salud en Nicaragua al triunfo de la revolución", Rev. CSUCA n°15, Costa Rica, 1980
- Gruppi, Luciano, "El concepto de hegemonía en Antonio Gramsci", en U. Cerroni y otros, Revolución y democracia en Gramsci, edit. Fontamara, España, 1981
- Harnecker, Marta y Uribe, Gabriela, "Dirigentes y masas", Cuadernos de Educación Popular n°9, edit. Quinto Sol, Nuevos horizontes, México, s.f.
- Harris, Richard L., "Propiedad social y propiedad privada en Nicaragua", Cuadernos políticos n°40, México, abril-junio, 1984
- Herrera Zúñiga, René, "Nicaragua: el desarrollo capitalista dependiente y la crisis de la dominación burguesa, 1950-1980", en Centroamérica en crisis, El Colegio de México, México, 1984
- Hevia, Patricio, "Modelos de participación de la comunidad en los programas de salud," Educ. Méd. Salud., vol. 11, n°3, 1977
- ILPES-OPS, Formulación de políticas de salud, mimeo, 1975
- Instituto Histórico Centroamericano (IHC), "Análisis de los resultados electorales" (I y II), Envío n°13, Managua, 1985

- IHC, " El costo económico de la guerra de agresión", Envío n°51, Managua, 1985
- IHC, "Hacia la nueva constitución", Envío n°53, Managua, 1985
- IHC, "Un paso más: los cabildos abiertos", Envío n°62, Managua, 1986
- IHC, "Contadora y crisis económica: Nicaragua va abriendo nuevos espacios de maniobra", Envío n°57, Managua, 1986
- INIES, Crónica de una guerra no imaginaria, Managua, 1986
- Invernizzi, G. y col., Sandinistas, Ed. Vanguardia, Managua, 1986
- Keyzer, Benno de, y otros, "Organización y participación popular en salud en Nicaragua a dos años de la revolución", Rev. CSUCA n°19, Costa Rica, 1981
- Keyzer, Benno de y Ulate, Jeanette, "Educación, participación en salud e ideología: Nicaragua pasado y presente", Rev. CSUCA n°17, Costa Rica, 1980
- Lambert D. C., Martin J.M., América Latina: economías y sociedades, FCE, 1976
- Ledo Duarte, Sergio R., "Participación popular en salud", Rev. cubana de admón. de salud, vol. 10, n°3, La Habana, julio-septiembre, 1984
- Ledo Duarte, Sergio R., "Participación popular en salud en Cuba", Rev. CSUCA n°21, Costa Rica, 1982
- Leonel D. Gallardo, "Algunas tendencias de la educación y participación comunitarias en salud en América Latina", Boletín OPS, vol. 96, n°4, abril 1984
- Loewe, Ricardo, Atención primaria a la salud: revisión conceptual, mimeo
- López Cruz, Carlos A., Tenorio B. Ronaldo, Capote Mir, Roberto, Programa de Extensión de Cobertura. Regionalización de los servicios de salud en la República de Nicaragua según región y áreas de salud, MINSA/OPS, Managua, 1980
- Lozano, Lucrecia, De Sandino al triunfo de la revolución, s.XXI, México, 1985
- Macías Gómez, Edgar, "Algunas consideraciones sobre la seguridad social en Nicaragua", Rev. CSUCA n°12, Costa Rica, 1979
- Maier, Elizabeth, Nicaragua, la mujer en la revolución, Ed. Cultura popular, México, 1980
- Marchetti, Peter, "Agrarian transformation and popular participation in Nicaragua", Discussion paper, IDS, England, January 1985
- Menéndez, Eduardo L., Hacia una práctica médica alternativa, Cuadernos de la casa chata , 86, México, 1984
- Miliband, Ralph, Marxismo y política, s. XXI, España, 1978
- Ministerio de Salud Pública, Plan de operaciones del PRODESAR, Mimeo, managua, 1975

- MINSA, Logros y limitaciones en salud, Managua, 1980
- MINSA, Salud: políticas, logros y limitaciones, Managua, 1980
- MINSA, Dos años de revolución sandinista en salud, Managua, 1981
- MINSA, Informe 1980, Managua, 1981
- MINSA, Jornadas Populares de Salud, Managua, 1981
- MINSA, II Jornada Nacional de Análisis y Balance, Documento OFICEPP n°005, Managua, 1981
- MINSA, Marco ideológico del Sistema Nacional Unico de Salud, Managua, 1981
- MINSA, Educación y participación en salud, Managua, 1981
- MINSA, El Sistema Nacional Unico de Salud 1979-1982, Managua, 1982
- MINSA, Plan de Salud 1982, Managua, 1982
- MINSA, JPS saneamiento ambiental, mimeo, Managua, 1982
- MINSA, Plan de Salud 1983, Managua, 1982
- MINSA, Plan integral de actividades del área de salud (PIAAS), Managua, 1983
- MINSA, Anuario Estadístico 1983, Managua, 1984
- MINSA, Anuario Estadístico 1984, Managua, 1985
- MINSA, Lineamientos de políticas de salud, plan de actividades 1985, Managua, 1985
- MINSA, Plan de Salud, 1986, Managua, 1985
- MINSA-DECOPS, Estrategia de capacitación popular en la atención primaria de salud en Nicaragua, mimeo, Managua, 1983
- MINSA-DECOPS, Normas y orientaciones de educación y comunicación popular en salud, Managua, 1986
- MINSA-MIPLAN, Estrategia de atención primaria de la salud en la República de Nicaragua, Managua, 1981
- MINSA-OPS, Participación popular en salud, XXVI Reunión de Ministros de Salud Pública y XI de Directores Generales de Salud de Centroamérica y Panamá, Documento de trabajo, Managua, 1981
- MINSA, Población, recursos y actividades, Boletín Estadístico n°3, Managua, 1981
- Ministerio de Salud Pública, XV Reunión Anual PUMAR, Dirección de Servicios de Atención Médica, Managua, 1975
- Ministerio de Salud Pública, Análisis preliminar de la situación de salud en Nicaragua, Unidad de Análisis del Sector Salud, Managua, 1976

- Moore, Lawrence B., Los programas de desarrollo de la comunidad y la participación social, Simposio sobre la participación social en América Latina, CEPAL, México, 1969
- Muller, Frederik, "El concepto y práctica de la participación en salud", Rev. CSUCA n°23, Costa Rica, 1982
- Muro Rodríguez, M., Nicaragua y la revolución sandinista, ed. de Ciencias Sociales, La Habana, 1984
- Núñez, Orlando, "El proceso de transición en Nicaragua", Rev. CSUCA n°21, Costa Rica, 1982
- Núñez, Orlando, El somocismo y el modelo capitalista agroexportador, Ed. CUUN, STRURD, ATD, Depto. Ciencias Sociales UNAN, Managua, s.f.
- Núñez Téllez, Carlos, El papel de las organizaciones de masas en el poder revolucionario, DECEP, Managua, 1980
- OMS, Atención primaria de salud, Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978, Ginebra, 1978 (serie Salud para Todos n°1)
- OMS, Organización de la atención primaria de salud en las comunidades, SHS/IAH,84.1
- OPS, Servicios comunitarios de la salud y participación de la población. Discusiones técnicas, XXII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, 1974
- OPS, Extensión de cobertura de los servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad, IV Reunión especial de Ministros de Salud de las Américas, Washington, septiembre, 1977
- OPS, Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo de las Américas, Publicación científica n°473, 1984
- OPS-OMS, Servicios comunitarios de salud y participación de la población, Publicación científica n°289, 1974
- OPS-OMS, Conceptos modernos sobre planificación participante, Documento HP-HE-12,1975
- Ornelas, O. Enrique, "Ajustes en el economía de resistencia", Rev. Panorama de Centroamérica y el Caribe n°9, México, mayo/junio 1986
- Ortega, Marvin, "La participación obrera en la gestión de las empresas agropecuarias del APP", en La revolución en Nicaragua, Ed. Era, México, 1985
- Palma, Eduardo, La descentralización de la política social: participación e intersectorialidad, ILPES,mimeo, 1985
- Pechersky, Graciela, "Algunas reflexiones sobre la participación popular y las prácticas médicas tradicionales", Rev. CSUCA n°17, Costa Rica, 1980
- Pérez Bermúdez, Carlos y Guevara López, Onofre, El movimiento obrero en Nicaragua. Ed. El amanecer S.A., Managua, s.f.

Pizarro, Crisóstomo, Participación y desarrollo económico en la sociedad socialista, Centro de Estudios de Planificación Nacional, Universidad Católica de Chile, 1971

Pizzorno, A., "Introducción al estudio de la participación política", en Pizzorno, A. y otros, Participación y cambio social en la problemática contemporánea, Ed. Siap-planteos, Buenos Aires, 1975

Poulantzas, Nicos, Poder político y clases sociales en el estado capitalista, S.XXI, México, 1985

Primer Congreso Nacional de las JPS, Ponencia de Medicina preventiva, Managua, 1984

Radaelli, Sonia M., La extensión de cobertura de la atención primaria de salud en el somocismo y en el sandinismo, mimeo, tesis de grado, UAM-X, México, 1984

Rev. CSUCA, "Resumen final del seminario 'teoría y práctica' de la medicina comunitaria en Centroamérica", n°2, Costa Rica, 1975

Rev. CSUCA, "Atención de la salud en el contexto del programa de gobierno de reconstrucción nacional de Nicaragua", n°14, Costa Rica, 1979

Rev. CSUCA, "Sistemas de salud y participación popular en Centroamérica", n°17, Costa Rica, 1980

Rev. CSUCA, "La educación popular y las organizaciones de masas en la gestión de salud en Nicaragua", n°17, Costa Rica, 1980

Rev. CSUCA, "Informe final del VII Seminario del Programa Centroamericano de Ciencias de la Salud sobre sistemas de salud y participación popular en Centroamérica", n°17, Costa Rica, 1980

Rev. CSUCA, "Participación popular en salud en Nicaragua", n°21, C.Rica, 1982

Rev. Pensamiento Propio, "La economía mixta en la tierra de Sandino", n°6-7, Managua, 1983

Rev. Pensamiento Propio, "¿Qué elecciones?", n°19, Managua, diciembre 1984

Rev. Envío, "La economía de supervivencia desafía los planes norteamericanos", IHC, n°52, Managua, octubre, 1985

Ríos, Rebeca de los, Proceso de participación popular en la gestión de salud pública, mimeo, tesis de grado, UAM-X, México, 1979

Ríos, Rebeca de los, "Notas y reflexiones sobre la participación popular en salud," Rev. CSUCA n°21, Costa Rica, 1982

Ruchwarger, Gary, "Las organizaciones de masas sandinistas y el proceso revolucionario", en La revolución en Nicaragua, Ed. Era, México, 1985

Scholl Edward A., "An assessment of community health workers in Nicaragua", Social Science Medicine, vol. 20, n°3, Great Britain, 1985

II Simposio Interamericano de Educación en Salud, Educación en Salud en el contexto urbano, México, 4-9 noviembre 1984

SNPEP del FSLN, El papel de los organismos de masas en el proceso revolucionario, Managua, 1980

Solís Piura, Joaquín, "La crisis del capitalismo y la salud en Nicaragua", Rev. CSUCA n°21, C. Rica, 1982

Sommers, Paul, "Participación activa de los consumidores en el sistema de servicios de salud: una evaluación de la satisfacción de los pacientes", Boletín OPS, Vol. 94 n°1, 1983

Stavenhagen, Roberto, La participación social en América Latina, Instituto Internacional de Estudios Laborales, mimeo, 1986

Tercero, Iván, "El sistema Nacional Unico de Salud y sus principales realizaciones", Boletín Nicaragüense de Higiene y Epidemiología n°2, Managua, 1985

Tesch, Walter, "Los trabajadores frente a la seguridad social y la salud, hacia una política alternativa", Rev. CSUCA n°15, C. Rica, 1980

Testa, Mario, Crisis aparente en el sector salud, política y planificación de la salud, CENDES, mimeo, s.f.

Testa, Mario, Planteo de la planificación de salud en América Latina, mimeo

Testa, Mario, Atención ¿primaria o primitiva? en salud, mimeo

Ton de Wit, "Reflexiones sobre los cambios", Rev. Pensamiento Propio n°33, Managua, mayo/junio, 1986

Torres, Rosa Ma., Los CEP: educación popular y democracia participativa en Nicaragua, Cuadernos de Pensamiento Propio, Managua, 1985

Tse Tung, Mao, Cinco tesis filosóficas, Ed. en lenguas extranjeras, Pekín, 1974

UNASEC, Situación y problemas del sector agropecuario de Nicaragua, Managua, D.N., 1974

UNICEF, "Community participation: current issues and lessons learned", Assignment Children, 59/60, 1982

Vásquez, Luz Estela, Participación de la comunidad en salud, tesis de grado, mimeo, UAM-X, México, 1980

Vázquez, J. Luis, "Luchas políticas y estado oligárquico", en Economía y sociedad en la construcción del estado en Nicaragua, ICAP, Costa Rica, 1983

Velázquez, Raúl, "El pueblo es la defensa", Rev. Pensamiento Propio n°34, Managua, julio 1986

Vidal, Carlos, "Medicina comunitaria: nuevo enfoque de la medicina", Medicina comunitaria, SESPAS, Rep. Dominicana, 1980

EL NUEVO DIARIO, 30 de abril de 1985
" , 4 de junio de 1985
" , 7 de junio de 1985
" , 10 de junio de 1985
" , 28 de junio de 1985
" , 6 de julio de 1985
" , 26 de julio de 1985
" , 10 de septiembre de 1985
" , 22 de octubre de 1985
" , 16 de noviembre de 1985
" , 17 de febrero de 1986
" , 10 de marzo de 1986
" , 24 de marzo de 1986
" , 13 de mayo de 1986
" , 22 de mayo de 1986
" , 24 de mayo de 1986
" , 25 de mayo de 1986
" , 26 de mayo de 1986
" , 29 de mayo de 1986
" , 2 de junio de 1986
" , 4 de junio de 1986
" , 8 de junio de 1986
" , 10 de junio de 1986
" , 17 de junio de 1986
" , 3 de julio de 1986
" , 19 de julio de 1986
LA PRENSA, 17 de agosto de 1985
" , 18 de octubre de 1985
" , 30 de mayo de 1986
" , 23 de junio de 1986

EL SOCIALISTA, mayo de 1986

LE MONDE DIPLOMATIQUE en español, julio de 1984

LA JORNADA, 5 de enero de 1986

PERIODICOS

BARRICADA, 25 de febrero de 1985
" , 6 de mayo de 1985
" , 29 de mayo de 1985
" , 4 de junio de 1985
" , 18 de junio de 1985
" , 26 de Junio de 1985
" , 27 de junio de 1985
" , 19 de agosto de 1985
" , 26 de agosto de 1985
" , 10 de septiembre de 1985
" , 10 de septiembre de 1985
" , 11 de septiembre de 1985
" , 13 de septiembre de 1985
" , 7 de octubre de 1985
" , 20 de octubre de 1985
" , 30 de octubre de 1985
" , 4 de noviembre de 1985
" , 10 de noviembre de 1985
" , 23 de noviembre de 1985
" , 22 de febrero de 1986
" , 7 de enero de 1986
" ; 24 de febrero de 1986
" , 16 de enero de 1986
" , 13 de marzo de 1986
" , 23 de marzo de 1986
" , 4 de abril de 1986
" , 12 de abril de 1986
" , 27 de abril de 1986
" , 4 de mayo de 1986
" , 5 de mayo de 1986
" , 7 de mayo de 1986
" , 10 de mayo de 1986
" , 15 de mayo de 1986
" , 20 de mayo de 1986
" , 24 de mayo de 1986
" , 28 de mayo de 1986
" , 2 de junio de 1986
" , 4 de junio de 1986
" , 9 de junio de 1986
" , 10 de junio de 1986
" , 14 de junio de 1986
" , 20 de junio de 1986
" , 22 de junio de 1986
" , 23 de junio de 1986
" , 11 de julio de 1986
" , 12 de julio de 1986
" , 13 de julio de 1986
" , 16 de julio de 1986
" , 13 de agosto de 1986