

Salud Mental en la nicaragua postrevolucionaria. Un análisis socio-político

PAU PEREZ SALES

Residente Psiquiatría. Hospital La Paz (Madrid).

Tres meses después del histórico 19 de julio de 1979, el Ministerio de Salud (MINSA) del nuevo gobierno surgido del proceso insurgente sandinista hacía público su plan de actuación en el que la Salud Mental constituía uno de los programas prioritarios, al mismo nivel que el programa de vacunaciones o el de atención materno-infantil¹. Numerosos artículos²⁻⁶ y un reciente libro⁷ han recogido la peculiar experiencia sanitaria nicaragüense, algunos de ellos referidos especialmente a la salud mental⁸⁻¹⁰. Durante los 10 años de gobierno sandinista la salud mental pasó de tener un único recurso público (el Hospital Psiquiátrico de Managua) a una red de 16 equipos de salud mental integrados en la red de atención primaria. Nada se ha publicado de aquella experiencia desde el cambio de gobierno, tras las elecciones de 1990.

Estelí

Estelí es una pequeña ciudad nicaragüense de 70.000 habitantes, capital de la región de Las Segovias, en el norte del país, frontera con Honduras. El Equipo Regional de Salud Mental se abrió en noviembre de 1979 para dar atención a una zona de 8.000 kilómetros cuadrados de selva y montaña, con una población total de 400.000 habitantes distribuida en pequeños núcleos de población. Una única carretera asfaltada cruza la región. El trabajo se inició con dos psicólogas, expandiéndose progresivamente hasta llegar a tener 7 profesionales en 1990 (1 psiquiatra, 1 médico general, 4 psicólogos y 1 auxiliar de enfermería). Ello permitió que el equipo decidiera abrir otra consulta en Ocotal, 70 kilómetros al norte, y que se articulara una Unidad

de Hospitalización Breve integrada en las camas de Medicina Interna del Hospital de La Trinidad, 20 kilómetros al sur, por donde rotaban estudiantes de medicina. Se diseñó un Plan Regional de Capacitación para auxiliares de clínica y trabajadores empíricos de salud en la que a través de talleres interactivos se introducía como distinguir una crisis conversiva y su enfoque, que era una psicosis, como manejar el alcoholismo en la comunidad o que podía hacerse ante una depresión o un suicidio. Se capacitó en el manejo de fármacos antiepilépticos. Para controlar el uso indiscriminado de benzodicepinas, aliviando parte de la carencia de psicofármacos, y a través de un programa de recuperación de la medicina autóctona, se potenció el uso de fitofármacos ansiolíticos y su cultivo en huertos comunales. Se implementaron programas de atención a desmovilizados y combatientes. Un dato anecdótico puede ayudar a entender la considerable dosis de ilusión que suplía la falta de recursos: el desplazamiento de los profesionales a las unidades de Ocotal o La Trinidad debía hacerse, con excesiva frecuencia, en auto-stop.

Tras la ajustada derrota electoral, el 25 de febrero de 1990, y el cambio de gobierno, en abril del mismo año, fueron cesados la mayoría de directores regionales de salud. De aquel equipo sólo quedan ya 2 psicólogas. La responsable del equipo fue sustituida en el cargo por un médico general con formación autodidacta en psicoanálisis, que vino desde Méjico poco después de las elecciones. El nuevo responsable abrió, a las pocas semanas, una clínica privada a tres calles escasas del centro del salud mental.

Las consultas de Ocotal y La Trinidad se clausuraron en los meses siguientes y el plan regional de capacitación se suspendió sin llegar a terminar su primera fase.

Las cifras

Esta situación no era exclusiva de la región I. Desde el cambio de gobierno se han clausurado la práctica totalidad de centros de rehabilitación psiquiátrica (hospitales de día, centros de laborterapia). En 1986 había 83 profesionales de salud mental en todo el país (28 por 100 psicólogos, 23 por 100 médicos generales o especialistas, 11 por 100 trabajadores sociales, 19 por 100 enfermeras, 7 por 100 terapeutas ocupacionales), consiguiéndose con gran esfuerzo abrir 7 nuevos equipos de salud mental fuera de Managua⁸. Estaba previsto, poco antes de las elecciones, llegar finalmente a la única región de Nicaragua en la que aún no había programa de salud mental: Zelaya Norte. Este esfuerzo no sólo se discontinuó, sino que en los dos años transcurridos desde el cambio de gobierno ha disminuido en un 24 por 100 el número de profesionales de salud mental.

Durante la Revolución se fomentó, desde los niveles centrales del ministerio, la progresiva clausura y sustitución de los sistemas terciarios de atención¹². Así, el Hospital Psiquiátrico de Managua (HPM) pasó de tener cerca de 500 pacientes crónicos en 1978 a 350 pacientes en 1980, 170 en 1986 y poco más de 90 en 1991. Paralelamente a ello se fomentaba la reinserción de pacientes en la comunidad y el ingreso breve en hospitales generales. En la actualidad, mientras por un lado se ha separado la atención en salud mental de la atención primaria de salud, no se ha dotado ninguna estructura que permita asumir esas funciones: así, no pueden ingresarse pacientes en hospital general, mientras que el Hospital Psiquiátrico de Managua —en el que quedan actualmente 66 pacientes— sigue su lento proceso de agonía.

La privatización forzada de la sanidad no fue patrimonio de la salud mental. A los pocos meses del cambio de gobierno el nuevo director del hospital Dávila Bolaños de Estelí autovendía a precio de saldo a un grupo de médicos del hospital parte de su infraestructura —para liquidar deudas, se dijo—. A las pocas semanas se abrió, en la propia acera de enfrente con éste y otro material, la clínica privada San Ramón. Radiografías (aproximadamente 2 US), analíticas (aprox. 1 US), tratamientos en la urgencia, etc., pasaron de ser gratuitos a pagarse en un porcentaje cada vez mayor.

Nicaragua tiene un déficit crónico de personal sanitario graduado. Así, si no se cuenta a las brigadas médicas cubanas, disponía en 1990, por poner un ejemplo, de sólo 534 especialistas (11 psiquiatras), pese a que en 1984 el gobierno sandinista creó los primeros 16 programas de residencia —entre ellos la de salud mental. Aun así, han sido despedidos 4.000 de los 23.000 trabajadores de la salud y se han congelado 1.800

plazas de personal médico y paramédico. Los hospitales públicos están en un caos severo, llegando en mayo de 1992 a un paro de actividades por falta de material (sueros, agujas, anestésicos, hilos de sutura, yeso, etc.), con una disminución de cerca de 25.000 consultas externas anuales en los centros de salud¹³. El déficit en medicinas estimado por el MINSA es de 27 millones de dólares. Los hospitales han sido divididos en dos sectores: uno público y otro privado. En ambos se paga, aunque en proporciones distintas, según la calidad de los servicios que se pueda uno pagar. En 1988 el estado invertía 57,10 dólares por persona/año en salud. En 1992 se invirtieron 16,92 dólares. Según datos de la OMS la cobertura de vacunación de los niños menores de 5 años que había ascendido del 20 por 100 en 1980 al 80 por 100 en 1990, descendió en 1991 a un porcentaje que oscila, según zonas, entre el 54 y el 70 por 100. La mortalidad infantil, que descendió entre 1975 y 1990 de 120 a 56 por mil, ha ascendido a 71 por mil nacidos vivos en 1992.

La Nicaragua postrevolucionaria

Podemos seguir abstrayendo, para acercarnos a las causas, porque este fenómeno no es exclusivo de la sanidad. Que la revolución nicaragüense ya no existe es un hecho que nadie discute. En estos dos años se han privatizado más de 400 empresas públicas que generaban cerca del 40 por 100 del PIB del país, devolviendo algunas de las empresas clave a sus antiguos propietarios somocistas. Se han privatizado total o parcialmente las líneas aéreas, correos y telecomunicaciones y el Instituto Nacional de Energía. Se han despedido 40.000 trabajadores del sector público. A finales de 1992 el número de desempleados superaba los 600.000, lo que supone el 49 por 100 de la población económicamente activa, llegando el paro al 70 por 100 en sectores como la construcción. Según una encuesta de la Fundación Internacional para el Desafío Global (FIDEG), el 60 por 100 de los nicaragüenses no consume nunca carne. El salario mínimo (30 US dólares en el campo y 50 US en la ciudad) llega para comprar el 40 por 100 de la llamada "canasta básica de productos". Un maestro gana alrededor de 100 US al mes. Un médico alrededor de 130 US. Se ha despedido a 3 de los 18.000 maestros —fundamentalmente maestros rurales o empíricos sin titulación oficial— quedando sin escuela 16.000 niños. Un maestro de secundaria atiende entre 8 y 10 clases, con 50 alumnos por clase, es decir, un promedio de 400 a 500 niños¹⁴. La universidad ha visto recortado su presupuesto en un 48 por 100 con 7.000 matriculados menos el último año. La escolaridad ya no

es gratuita, debiéndose pagar cada niño el material escolar y el importe de la matrícula tanto en escuelas primarias (0,82 U\$) como secundarias (1,66 U\$). El Instituto Nicaragüense de Bienestar y Seguridad Social (INSSBI) ha ido clausurando uno a uno todos los programas existentes durante la revolución: atención a huérfanos y discapacitados, tutelar de menores, apoyo a comedores infantiles rurales, programas nutricionales. Se discute actualmente en el Parlamento la derogación de la Ley de Seguridad Social y Bienestar de 1982. En la nueva Ley se reducen drásticamente las pensiones de viudez, orfandad y retiro, se recortan los subsidios por maternidad y lactancia, pasando de ser un beneficio universal de las nicaragüenses a exclusivo de trabajadoras que hayan cotizado a través de sus empresas, en un país con un 72 por 100 de desempleo entre la población activa de mujeres ¹⁵. Según el Índice de Desarrollo de Naciones Unidas —un índice compuesto por expectativa de vida, analfabetismo y producto interno bruto— Nicaragua ha pasado del lugar 85 en 1991 al 99 en 1992, formando ya parte del grupo de naciones más pobres de la tierra ¹⁶.

Las razones

Los diez años de gobierno sandinista conocieron dos períodos: el de expansión de los beneficios sociales (1979-1984) y el de la lenta retracción de los mismos (1985-1990). El punto de inflexión lo marca el inicio de las hostilidades bélicas a gran escala por los grupos contrarrevolucionarios financiados por Estados Unidos, y el bloqueo económico internacional con el minado de puertos. Guerra, caída de los precios de exportación en el mercado internacional y bloqueo económico vinieron a sumarse a errores de política monetaria, agraria e industrial del propio gobierno sandinista. Si la dictadura somocista produjo cien mil exiliados políticos, las crecientes dificultades de la Revolución produjeron quinientos mil exiliados, mayoritariamente económicos. El gobierno que resultara de las elecciones heredaba un país en quiebra, que había pasado de tener una deuda externa de 1.600 millones de dólares en 1979 a 9.994 en 1990 (mayoritariamente con los países del Este y los países latinoamericanos exportadores de petróleo) ¹⁷.

La Unión Nacional Opositora enfrentó la campaña electoral de 1990 con un mensaje claro: el fin de la Revolución iba a significar el fin del hostigamiento militar, créditos inmediatos del gobierno norteamericano y millonarios programas de ayuda de la Agencia Interamericana de Desarrollo (AID).

La ayuda, efectivamente, ha llegado: en el período 1990-1992 Nicaragua recibió 614,3 millones de dólares ¹⁸,

siendo el tercer país receptor de ayuda norteamericana per cápita. Los primeros 300 millones, correspondientes a 1990, tardaron más de un año en llegar, por “falta de suficientes garantías democráticas e insuficiente depuración de elementos sandinistas de las fuerzas armadas”. En 1991 se retuvieron cerca de 100 millones condicionados a la destitución del jefe de las fuerzas armadas, aún sandinista en virtud de los acuerdos de transmisión de poderes de Sapoá, y a la promulgación por el Parlamento de leyes que devolvieran fincas e industrias a sus antiguos propietarios somocistas. Del paquete correspondiente a 1992 se retuvieron 116 millones durante nueve meses hasta obtener del gobierno el cese del jefe de la Policía Nacional, el sandinista René Vivas. De los 260 millones de la ayuda prevista para 1993, 120 millones estuvieron bloqueados hasta la presentación de las leyes de privatización de la sanidad y la educación y la redacción del borrador del de servicios sociales. Mientras no se daban créditos agrícolas, la AID destinó 1,6 millones de dólares a la “asistencia técnica para estrategias de producción privada”. Aunque fuera necesario cerrar muchas escuelas, la AID destinó 12 millones de dólares a la edición de textos educativos “sin mensajes políticos”. Aunque la universidad no tiene presupuesto, el Instituto Centroamericano de Administración de Empresas (INCAE) recibió más de 3 millones de dólares de ayuda norteamericana ¹⁹. El programa de salud de la AID (proyecto HOPE) significaba en 1990-1991 el 2 por 100 del total de la ayuda.

El bloque mayor (58,9 por 100) fue destinado por la AID a la financiación de importaciones de productos estadounidenses o centroamericanos. En lugar de la esperada reactivación económica, el resultado fue paradójico: mientras las exportaciones nicaragüenses han ido cayendo año a año (-18,9 por 100 en el período 90-91, -18,5 por 100 en el 91-92), las importaciones han aumentado espectacularmente (+16,9 por 100 en el 90/91 y +73,7 por 100 en el 91/92), duplicando el déficit comercial nicaragüense. Los recursos externos captados por el gobierno de la UNO han servido, en gran medida, para financiar el consumo de productos extranjeros por parte de los sectores económicamente privilegiados ²⁰.

A ello hay que añadir los factores propios de la coyuntura internacional, comunes a todos los países del Sur: en 1992 se mantuvo, por un lado, el hundimiento de los precios promedio de las materias primas (café -17 por 100, algodón -28 por 100, carne -25 por 100, etc.) ²¹. Los intereses de la Deuda Externa (451 millones de dólares en 1992) son, por otro lado, más del doble de los ingresos obtenidos por exportaciones. La Deuda Externa no es sólo éticamente impagable. Cualquier economista admite que los países occidentales podrían

condonar la de los pequeños países del Tercer Mundo en su totalidad sin afectar sus cuentas y, de hecho, los bancos ya dieron gran parte de esos créditos por perdidos hace muchos años. La Deuda es, únicamente, pues, una herramienta más de presión política ¹¹.

El balance de estos tres años no puede, en resumen, ser más demoledor. Las estructuras de salud mental han sido en gran parte desmanteladas y el enfoque ha cambiado radicalmente. Como afirmaba un alto cargo actual del MINSA: "la medicina sandinista basada meramente en actividades preventivas marginó de manera irresponsable al sector curativo." ²² Los indicadores sanitarios reflejan los efectos del Plan de Ajuste Estructural impuesto por los sistemas financieros internacionales y la presión política de la ayuda económica condicionada norteamericana. Paradójicamente, aunque la revolución ya no existe, Nicaragua es, hoy, el país más pobre de Centroamérica. Una lección que ningún cubano, seguramente, puede olvidar.

Bibliografía

- Informe General para el Plan de Salud 1979-1982. Managua, Nicaragua. División de Estadística. Ministerio de Salud. 1979.
- Gavagan, T. F. Report on family medicine in the Nicaraguan Revolution: advances and obstacles. 1985-1991. *Fam Med*, 1992; 24 (1):66-70.
- Slater, G. R. Reflections on curative health care in Nicaragua. *American J Public Health*, 1989; 79 (5):646-651.
- Heiby, J. R. Low-cost health delivery systems: lessons from Nicaragua. *American J Public Health*, 1981; 5 (71):514-519.
- Garfield, R. M. Health services reform in revolutionary Nicaragua. *American J Public Health*, 1984; 74 (10):1138-1144.
- Scholl, E. A. An assessment of community health workers in Nicaragua. *Soc Sci Med*, 1985; 20 (3):207-214.
- Garfield, R., Williams, G. Health care in Nicaragua: Primary care under changing regimes. New York, Oxford University Press Inc., 1992.
- Kraudy, E., Liberati, A., Asioli, F., Saraceno, B., Tognoni, G. Organization of services and pattern of psychiatric care in Nicaragua: result of a survey in 1986. *Acta Psych Scand*, 1987; 76:545-551.
- Penayo, U., Jacobson, L., Caldera, T., Bermann, G. Community attitudes and awareness of mental disorders: a key informant study in two nicaraguan towns. *Acta Psych Scand*, 1988; 78:561-566.
- Penayo, U., Kullgren, G., Caldera, T. Mental disorders among primary health care patients in Nicaragua. *Acta Psychiatr Scand*, 1990; 82:82-85.
- Bying, R. Primary Mental Health in Nicaragua. *Soc Sci Med*, 1993; 36 (5):624-629.
- Flórez Ortiz, M. La Nicaragua de hoy. Salud mental y otras cuestiones. Salud y Sociedad, 1985; 2:39-41.
- Varios. Hospitales Paralizados. *Barricada Internacional*, 1992; 349 (5):8.
- Valenzuela, M. Educación: una asignatura pendiente. *Barricada Internacional*, 1992; 351 (7):15-17.
- INSSBI. Propuesta para un nuevo modelo de previsión social y de desarrollo social. Instituto Nicaragüense de Bienestar Social y Seguridad Social. Managua, 1993.
- Naciones Unidas. Informe sobre el Desarrollo Humano, 1992.
- Nicaragua: el "éxito" de renegociar la deuda. *ENVIO* (Managua), marzo 1992; 124:13-20.
- Butler, J. Centroamérica: la ayuda internacional. *Pensamiento Propio* (Managua), junio 1992:9-11.
- Borge, E. Los desembolsos financieros de EUA: una ayuda que no lo es. *Nuevo diario*. Managua (11-08-1992).
- Centro de Investigaciones Socioeconómicas. Universidad Centroamericana de Managua. Medidas Económicas: ¿reactivación solidaria? *ENVIO* (Managua), enero-febrero 1993; 134:11-19.
- NITLAPAN-UCA. Nicaragua: ¿Se trabó el despepe económico? *ENVIO* (Managua), 1992; 129:16-22.
- Citado en Hopkins, A., Chalmers, F. Nicaragua: the first 100 days. *Lancet*. 1990; 336:300-1.