

# **Análisis de la realidad en materia de drogas República de Nicaragua**

**Noviembre 2002**

**Investigación & Desarrollo  
DR. BENJAMÍN LÓPEZ SÁNCHEZ**



**Mira el problema de las drogas con otros ojos**

# Análisis de la realidad en materia de drogas República de Nicaragua

Barcelona, Noviembre 2002

## Índice

---

1. Aproximación al contexto político, económico y social	3
2. Sistema de Servicios de Salud	5
3. Plan Nacional de Drogas	9
4. Patrones de consumo	11

**Dr. Benjamín López Sánchez**  
**Investigación & Desarrollo**  
**Dianova International**

Pasaje Pintor Serra Santa 15A, 1º 3ª  
08860 Castelldefels  
Barcelona  
España  
Tel. +34 93 636 57 30  
Fax +34 93 636 32 47  
[benjamin.lopez@dianova.org](mailto:benjamin.lopez@dianova.org)  
[www.dianova.org](http://www.dianova.org)

# 1. APROXIMACIÓN AL CONTEXTO POLÍTICO, ECONÓMICO Y SOCIAL

Hacer un análisis de la realidad, en lo que a drogodependencias se refiere, en un país tan deprimido económicamente como Nicaragua, pasa por situarnos brevemente en un contexto que justifica una Red Asistencial de máxima precariedad; un Plan Nacional de Drogas que es un borrador en eterna vía de discusión; insuficientes estadísticas sobre patrones de consumo; la práctica inexistencia de indicadores de demanda de tratamiento y un largo etcétera que nos coloca ante un país **con un Servicio de Salud Pública al que no pueden acceder el 8.5% de los hogares del país (76.123 hogares).**

## 1.1. Aspectos sociodemográficos

Nicaragua es la nación centroamericana de mayor extensión territorial (121.428 Km<sup>2</sup>). Administrativamente se divide en 15 Departamentos y dos Regiones Autónomas; la unidad administrativa básica es el municipio; la República está integrada por 156 municipios y una población estimada al año 2000 de **5.113.444 habitantes**, con una tasa de **crecimiento poblacional anual de 3.2%** (la más alta del hemisferio occidental). **El 64.9% corresponde a población urbana.**

**La estructura etárea de la población es muy joven, correspondiendo el 45% a menores de 15 años, con una edad promedio de 16 años.**

## 1.2. Socioeconómicos

En la década de los noventa la economía creció un 3.5% anual, que se compara positivamente con el 2.9% de media para toda Latinoamérica. El problema surge cuando lo analizamos conjuntamente con la tasa de crecimiento de la población. A modo de ejemplo, entre 1997 y 1999 la economía creció un 5.4% anual, pero la población al crecer un 3.2% anual dejó prácticamente inalterado el Producto Interior Bruto (PIB) per cápita (US\$ 485 para 1999).

### 1.2.1. Ingresos

En 1998 el ingreso por persona en Nicaragua (medido en términos del Producto Nacional Bruto en Paridad de Poder de Compra), de acuerdo con el Banco Mundial, era casi el más bajo de Latinoamérica, sólo por encima de Haití y alrededor de la mitad del de Bolivia.

La tasa de inflación que había mostrado una tendencia a la baja alcanzando en 1997 un 7.3%, la cifra más baja de los últimos 20 años, casi se triplicó (18.5%) en 1998, volviendo a recuperarse en 1999 donde alcanzó el 7.2%.

### 1.3. Pobreza y diferencias geográficas

---

En la encuesta sobre Condiciones de Vida (EMNV'98) se encontró que el 64.8% de los hogares del país viven en situación de pobreza o pobreza extrema y que sólo uno de cada cuatro hogares satisface sus necesidades básicas.

Históricamente Nicaragua se ha dividido en tres macro-regiones (Pacífico, Central y Atlántico), las que presentan claras diferencias en cuanto a los niveles de desarrollo económico y social, siendo la del **Pacífico** la que concentra la mayor población y donde se agrupa la incipiente industria nacional, a su vez ofrece las mejores alternativas para educación en todos sus niveles y la mayoría de las unidades de salud hospitalarias ofrecen la mayor capacidad resolutive del país. **Esta zona es la que muestra un mayor acceso de la población a los servicios de educación y salud de la nación.**

La región **Atlántica** habitada principalmente por población indígena sufre un retraso en lo económico (pese a sus grandes riquezas naturales) y en lo social. **Es la zona menos desarrollada.**

La región Central muestra un nivel de desarrollo intermedio.

### 1.4. Situación laboral

---

El desempleo abierto descendió del 17.1 al 10.7% entre 1997 y 1999. Junto con el subempleo muestran una tendencia a la baja (principalmente por la creación de empleos temporales de parte del Fondo de Inversión Social de Emergencia y el Ministerio de Acción Social) pero aún es muy alto. Sumados ambos superan el 25%. En 1998 la tasa de ocupación fue del 86.8%

### 1.5. Estratificación

---

Teniendo en cuenta los indicadores de Condiciones de Vida y Salud, podemos dividir el país en 5 estratos de mayor a menor desarrollo. El más avanzado (**Grupo I**) corresponde al SILAIS \*<sup>1</sup> Estelí; en el **segundo grupo**: Managua, Carazo, León y Rivas; en el **tercer grupo** se encuentran Granada y Chinandega; en el cuarto grupo los SILAIS de Boaco, Río San Juan, Chontales y Madriz; quedando en el quinto grupo, el de peores condiciones de vida y salud los SILAIS de Matagalpa, Segovia, Jinotega, la RAAS y la RAAN.

---

1 Sistema Local de Atención Integral de Salud-SILAIS

## 2. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

### Introducción

El presupuesto para el sector salud en el año 2002 fue de 1 mil 532 millones 245 mil 596 córdobas, lo que significa una reducción de más de 300 millones de córdobas en comparación con el presupuesto del año 2001.

La inversión en infraestructura y material de reposición en los hospitales y centros de salud públicos se reduce cada año, teniendo la población usuaria que asumir algunos de estos costos. Y aunque desde 1998 se han invertido más de 80 millones de dólares en el plan de modernización del sector salud, esto no ha implicado una mejoría en la atención que recibe la población, ya que esos montos se destinan a programas de modernización y de descentralización del sistema administrativo de estos centros.

### 2.1. Legislación de interés

- ▶ **Ley N° 370**  
Decreto Reglamento de la Ley Creada del Instituto contra el Alcoholismo y la Drogadicción. **Emitida en 2001.**
- ▶ **Convenio de cooperación técnica**  
entre los Ministerios de Salud, Educación, Cultura y Deportes y la Empresa Nicaragüense de acueductos y alcantarillados, para el desarrollo de la "Iniciativa de Escuelas Amigas y Saludables. **Firmado en 2001.**
- ▶ **Código de la Niñez y Adolescencia.** Emitido en 2000. **En proceso de discusión.**

### 2.2. Sistema de Salud

El sistema de salud está constituido por: un subsector público formado por el Ministerio de Salud (MINSa), el cuerpo Médico Militar del Ministerio de Defensa (MIDeF), el Ministerio de Gobernación (MINGO), y el Seguro Social (INSS); y un subsector privado donde se incluyen instituciones con y sin fines de lucro. El MINSa es el órgano rector del sector salud, el cual se organiza en un nivel central y un nivel descentralizado (Sistema Local de Atención Integral de Salud-SILAIS). El subsector público cuenta con 970 unidades de salud integradas en una red de servicios. Se financia con los aportes del Gobierno Central, la cooperación internacional bilateral y multilateral, líneas de crédito y fondos especiales. **El INSS es el organismo financiador y regulador de la provisión de servicios de salud a la población asegurada y sus beneficiarios (6% de la población).** El subsector privado con y sin fines de lucro, tiene un nivel de desarrollo incipiente y se ha ido fortaleciendo con el incremento de las empresas médicas previsionales.

La política Nacional de Salud 1997-2002 establece que los principales problemas del sector son:

- ▶ Las instancias responsables de la regulación, el financiamiento y la provisión de servicios no están identificadas
- ▶ Los recursos humanos están mal distribuidos y tienen baja productividad.
- ▶ Las normas técnicas y administrativas no existen o están atrasadas.
- ▶ La infraestructura y equipamiento son insuficientes y obsoletos; no existe un plan de inversiones y un sistema de mantenimiento.
- ▶ Los insumos son insuficientes.
- ▶ La demanda de prestaciones de salud tiene grandes brechas
- ▶ La capacidad de atención en los hospitales está saturada
- ▶ La capacidad de gestión de los servicios es limitada.

## 2.3. Oferta de servicios de salud

---

Esta oferta es de dos tipos, servicios **públicos** constituidos por las unidades del Ministerio de Salud, el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (que compra los servicios a empresas públicas y privadas), los Servicios Médicos del Ministerio de Defensa y los del Ministerio de Gobernación, los que cubren a un 95% de la población con acceso a los servicios; y la **oferta privada** que está conformada por Clínicas y Hospitales de Empresas con y sin fines de lucro y ONG's, dando cobertura a un 5% de la población.

El sistema provisional del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) cuenta con 48 empresas médicas previsionales concentradas en el Pacífico del país, las que cubren el 6% de la población, con una oferta de prestaciones básicas. El 90% de sus prestaciones son de tipo ambulatorio.

Las fuerzas armadas -Ministerio de Defensa y Gobernación- poseen dos hospitales localizados en Managua para la atención de la población castrense y sus núcleos familiares, cubriendo una demanda potencial de 85.000 personas aproximadamente.

La oferta privada se da principalmente por medio de clínicas y consultorios médicos privados distribuidos de forma asimétrica en todo el territorio nacional; estos son más densos en las ciudades de Managua, León, Masaya, Chinandega y Granada. Este subsector cuenta con cuatro hospitales, tres de ellos se ubican en la capital; la atención privada es financiada principalmente por gastos de bolsillo de los consumidores.

Se estima que existe una proporción de 1,2 camas hospitalarias y 7,3 médicos por cada 10.000 habitantes.

### 2.3.1. VIH-SIDA

En el año 2001, y de acuerdo a datos del MINSAL, se reportaron 46 casos de SIDA, doce más que el año pasado. No puede desestimarse el subregistro que presumimos existe en el país, sea por falta de acceso a los centros de salud o por los prejuicios con que la sociedad nicaragüense convive con esta enfermedad.

Tomando como fuente el estudio de Cuentas Nacionales en VIH/SIDA <sup>\*2</sup>, obtenemos las siguientes conclusiones:

---

2 ONUSIDA, Iniciativa Regional sobre Sida para América y el Caribe (SIDALCA) y Fundación Mexicana para la Salud, 2000.

▶ **Con relación a las Fuentes de Financiamiento en VIH/SIDA**

- ◆ Durante el año 2000 se observa, que el sector público financia el 39% del gasto total.
- ◆ La Cooperación Externa financia un 38% del total del financiamiento.
- ◆ El sector privado como fuente de financiamiento aporta el 23%.

▶ **Con Relación al Gasto en VIH/SIDA**

- ◆ El gasto en salud personal, representa el 74% del gasto total cuya distribución interna se desglosa en un 49% para tratamientos, 40% farmacias y el resto en servicios auxiliares y otros bienes.
- ◆ El gasto ambulatorio representa el 32% del gasto total y sólo un 4% se destina al gasto hospitalario.
- ◆ El gasto en condones representa el 31% del gasto total, el que proviene de un 75% de los hogares y un 25% de la cooperación externa.
- ◆ El gasto en Información, educación y comunicación (IEC) representa un 15% del gasto total, financiado casi en su totalidad por fondos de la comunidad internacional.
- ◆ La capacitación al personal de salud en VIH/SIDA, lo financia la comunidad internacional y representa un 3% del gasto total.
- ◆ El gasto en antirretrovirales es de apenas un 0.7% en relación al gasto total, lo que puede explicarse por el costo de los mismos, los cuales están fuera del alcance de la mayoría de los pacientes infectados por el virus.
- ◆ **El gasto en prevención es de un 44%** con respecto al gasto total, cuya distribución interna por grupos diana, se centraliza en la población general (55%), trabajadores del sexo (38%) y el (7%) restante está canalizado a los hombres que tienen sexo con hombres y la población privada de libertad.
- ◆ El gasto per cápita en SIDA es de \$1.2 dólares.
- ◆ El gasto per cápita del Ministerio de Salud en SIDA es de \$0.46 dólares.
- ◆ El gasto per cápita financiado por la comunidad internacional es de \$0.45 dólares.
- ◆ El estudio no incorpora una mínima parte de los gastos efectuados por las Organizaciones no Gubernamentales.

▶ **Con relación a la inversión**

- ◆ La inversión se observa en infraestructura y equipos, representando ésta apenas un 0.7% del gasto total.

▶ **En relación al VIH/SIDA**

- ◆ De acuerdo a las estadísticas Nicaragua sigue siendo el país con menos casos de SIDA de la zona.
- ◆ Los casos de mayor frecuencia en SIDA se dan en las amas de casa.
- ◆ A raíz de la aparición del VIH/SIDA en 1987 hasta el 2000, se registran oficialmente 639 personas positivas, 294 casos SIDA y 164 fallecidos.
- ◆ Existe una tasa de prevalencia de VIH de 12.6 x 100.000 hab. para una tasa de incidencia de 2.52 x 100.000 hab.
- ◆ Dentro de los mecanismos de transmisión del SIDA el sexual es el más alto con un 85%.
- ◆ Las edades más afectadas por el SIDA, son las que oscilan en un rango de 20 a 35 años.

### 2.3.2. Salud Mental

Luis Alonso Molina, subdirector del Hospital Psiquiátrico, manifestó que la situación de la salud mental de la población nicaragüense había llegado a un punto tan grave y alarmante que se debía hablar de una emergencia.

Durante la década de los 80 todas las unidades de salud contaban con un departamento de salud mental, los denominados Centros de Atención Psicosocial (CAP), compuestos por un trabajador social, un psiquiatra y un psicólogo. Estos centros desaparecieron en 1991 por falta de apoyo técnico y económico del MINSa, lo que comenzó a deteriorar la calidad de la atención en salud mental. Aunque hoy el MINSa cuenta teóricamente con un sistema de atención a la salud mental, en la práctica los hospitales generales carecen de equipo para una asistencia permanente en este campo.

En Nicaragua existe solamente un centro hospitalario especializado en salud mental en el que se atienden pacientes de todo el país. El Hospital Psiquiátrico fue construido hace noventa años para atender a la población nacional, que en aquel entonces no llegaba a ser un millón de habitantes. Hoy, el hospital ve desbordada su capacidad ante una población cinco veces mayor, y por no existir ningún centro de rehabilitación para discapacitados mentales. Además, el presupuesto para el Psiquiátrico, que cuenta con excelentes especialistas por ser también hospital-escuela, se reduce anualmente, siendo en la actualidad menos de la mitad de lo que necesitaría para funcionar adecuadamente.

Nicaragua cuenta con 52 psiquiatras, uno por cada 90 mil habitantes, lo que significa una tasa diez veces inferior a la recomendada por el Banco Mundial. El total de afectados por problemas mentales en el país es totalmente desconocido. El Banco Mundial maneja, como cifra creíble, que el 1% de la población total de los países subdesarrollados padece problemas mentales.

### 3. PLAN NACIONAL DE DROGAS

En la actualidad el Plan Nacional Antidrogas de Nicaragua es un borrador del que se habla mucho, pero que no termina de ver la luz.

En el 2001 la situación era la siguiente, según el informe de la Organización de los Estados Americanos (OEA), y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD):

"Nicaragua no cuenta con un Plan Nacional Antidrogas. "Nicaragua no cuenta con una estrategia nacional de reducción de la demanda". "En este país no hay programas para los presos, ni programas de prevención en drogodependencias en el trabajo" (OEA, CICAD, 2001).

Siguiendo con el mismo informe, extraemos las siguientes conclusiones:

- ▶ No hay estadísticas. El informe indica que Nicaragua no tiene aún documentos y estadísticas sobre la reducción de la demanda del consumo de estupefacientes, medidas de control e impacto de las drogas en la sociedad.
- ▶ El informe reconoce que hay un plan nacional antidrogas en proceso de elaboración, pero especifica que Nicaragua no ha adoptado la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Principios de la Reducción de la Demanda de Drogas y su Plan de Acción.
- ▶ "No hay programas de rehabilitación que sean dirigidos por el Gobierno y que éstos se están planteando como una necesidad que debe implementarse una vez que se apruebe el Plan Nacional" \*3 "El ámbito de rehabilitación tiene un costo sumamente alto porque conlleva crear infraestructura de esos centros de rehabilitación que evidentemente no hay. No hay" \*4.
- ▶ El Plan Nacional de Lucha Contra las Drogas para los años 2000/2004 tiene un costo de 34 millones de dólares.
- ▶ La Admón. busca con los cooperantes ese dinero. En el país no hay presupuesto.
- ▶ **Los ejes fundamentales del Plan** son tres: la reducción de la oferta, la reducción de la demanda y la investigación.
- ▶ **De acuerdo al contenido del primer borrador del Plan Nacional Antidrogas de Nicaragua para los años 2000 al 2004** en el **primer año** se necesitarán invertir **13 millones 674 mil dólares**, un 40 por ciento del presupuesto general del plan. El **segundo año** se ejecutarían . **Igual cantidad en el tercer año**, en el **cuarto año cinco millones 127 mil 750 dólares** y en el **quinto año un millón 709.250 dólares**.

#### 3.1. Resumen de recomendaciones de la OEA

1. **Continuar** con los esfuerzos para adoptar el Plan Nacional Antidrogas.
2. **Ratificar** la Convención Interamericana sobre Asistencia Mutua en Materia Penal

3 Alicia Duarte, Presidenta de la Comisión Nacional Antidrogas, diario "La Prensa" 12 febrero 2001, Nicaragua

4 Ibídem

3. **Ampliar** el sistema de información de las áreas de reducción de la demanda, medidas de control e impacto de las drogas en la sociedad, con el fin de contar con un sistema integrado.
4. **Adoptar** la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Principios Rectores de la Reducción de la Demanda de Drogas con el propósito de que proporcione un marco básico para la formulación y ejecución de políticas y programas adecuados.
5. **Desarrollar** programas de prevención para presos y de "Drogas en el Lugar de Trabajo".
6. **Aplicar** normas mínimas de atención para los programas de tratamiento de drogas.
7. **Realizar** estudios para determinar la edad promedio del primer consumo de cualquier droga ilícita, así como la incidencia anual de nuevos consumidores.
8. **Evaluar** los programas sobre Reducción de la Demanda.
9. **Implementar** un mecanismo que permita determinar la existencia o no de cultivos ilícitos de drogas, su extensión y capacidad de producción potencial.
10. **Establecer** legislación que tipifique y reglamente como delito la fabricación, tráfico, importación y exportación ilegal en materia de armas, explosivos, municiones y otros materiales relacionados.
11. **Crear** un sistema para la estimación de necesidades legítimas de productos farmacéuticos y sustancias químicas controladas.
12. **Establecer** un registro y/o banco de datos que refleje información sobre el número de operaciones de incautación de armas, municiones y explosivos y otros materiales relacionados con el tráfico ilícito de drogas, así como la identificación de su origen y las rutas utilizadas en el desvío de los mismos.
13. **Establecer** un registro y/o banco de datos que refleje información sobre el número de detenidos, procesados y condenados por los delitos de lavado de activos.
14. **Definir** un organismo o entidad encargada de la administración de los bienes decomisados producto de delitos del narcotráfico y conexos.
15. **Establecer** un registro y/o banco de datos que refleje sanciones administrativas y reglamentarias a instituciones financieras que no comuniquen transacciones sospechosas.
16. **Desarrollar** la capacidad para estimar el costo humano, social y económico del problema de las drogas.

## 4. PATRONES DE CONSUMO

Tras lo expuesto en los páginas precedentes, sólo un breve recordatorio de la precariedad que encontramos en datos sobre consumo y más aún sobre indicadores de tratamiento, pero sí tenemos los suficientes como para vislumbrar un consumo preocupante sobre todo de sustancias psicoestimulantes (cocaína, crack, pasta base), tranquilizantes, marihuana y alcohol.

### 4.1. Población General

Así tenemos que en torno a unos 17 mil nicaragüenses consumen algún tipo de sustancia psicoactiva ilegal<sup>\*5</sup>. De estos, unos 12 mil son consumidores de marihuana, crack o cocaína, y 5 mil serían consumidores de pega, de los cuales más del 90% son menores de edad.

De una encuesta realizada por Casa Alianza en 1999, se revelaba un perfil de consumidor con estas características. El 80% hombres y el 20% mujeres. La mayoría tenían edades comprendidas entre los 10 y los 19 años y provienen de familias desintegradas con un historial de alcoholismo y drogadicción. Cerca del 99% nunca ha asistido a la escuela o no han continuado sus estudios más allá del tercer grado de primaria. La mayoría se encontraba en riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y el VIH.

### 4.2. Población Escolar

En la encuesta publicada por el Consejo Nacional de Lucha Contra Las Drogas en 2001, realizada a población escolar entre los 13 y 18 años, se aprecia un consumo fuerte de sustancias ilegales :

- ▶ lo que más llama la atención es el fuerte **consumo de tranquilizantes**, apuntando **(17.7%) prevalencia vida** para los jóvenes de **18 años**; seguidos por el grupo de 14 años (17.4%); (16.7%) para los de 17 años; (13.9%) para los de 15 años y (13.4%) para los de 16 años.
- ▶ El **consumo de psicoestimulantes** también es alto;
- ▶ para la **cocaína/crack** el porcentaje mayor vuelve a ser para los jóvenes de **18 años (4.6%)**; seguidos por los de 17 años (4.4%); 16 años (3.6%); 14 y 15 años (2.6%).
- ▶ **Anfetaminas**, porcentaje muy alto para el **grupo de 18 años (6.8%)**; 16 años (4.1%); 15 y 17 años (3.5%) y 14 años (2.2%).
- ▶ En cuanto al **consumo de marihuana**, no lo consideramos excesivamente alto para esta área geográfica, volvemos a tener al **grupo de los 18 años como el de mayor prevalencia vida (8.6%)**; 16 años (5.2%); 17 años (4.7%); 15 años (4.2%); 14 años (2.2%).

5 Departamento de Prevención del Consumo de Drogas de la Policía Nacional, 2002

- ▶ El **consumo de inhalantes** es alto, aunque en la población escolar se aprecia un porcentaje muy inferior al de los menores sin escolarizar, mayoría en el país; así tenemos al **grupo de 15 años como los de mayor consumo (4.9%)**; 16 años (4.1%); 18 años (3.8%); 14 años (2.2%); 17 años (2.1%).
- ▶ En cuanto al **éxtasis** encontramos **un consumo insignificante**.
- ▶ Es destacable el **consumo de heroína** que aunque con porcentajes bajos, **son altos para un área geográfica feudo tradicional de la cocaína**; la prevalencia vida mayor la tenemos en los **17 años (1.2%)**; 18 años (0.8%); 16 años (0.5%); 15 años (0.4%).