

## Atención Primaria en Salud en Nicaragua antes de 1979

María Hamlin Zúniga, MPH

### *Introducción*

*La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.*<sup>1</sup>

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

En los años 60 y 70 los programas gubernamentales de salud eran sumamente limitados y generalmente no llegaban a las comunidades marginadas y rurales. Los Ministerios de Salud no alcanzaban llegar más allá de las ciudades capitales y las algunas veces a las cabeceras departamentales o provinciales. El cuidado de la salud fue concebido como dominio de los médicos, con la asistencia de las enfermeras, y se llevaba a cabo dentro de clínicas y hospitales, algunas eran estatales, otros privados. Los Ministerios de Salud se preocupaban de ciertas enfermedades de interés epidemiológico como la tuberculosis o algunas enfermedades transmisibles. En algunos países los ministerios eran financiados parcialmente por programas de control de la natalidad. La atención a la salud estaba fragmentada, compartida entre muchas diferentes entidades del estado, tanto nacionales como departamentales y locales, como el Ministerio de Salud y programas de Seguro Social. Por ejemplo, en Nicaragua antes de la Revolución Popular Sandinista existían 27 diferentes institucionales estatales con responsabilidad para ciertos aspectos de la salud pública sin ninguna coordinación entre ellos.

---

<sup>1</sup> Declaración de Alma Ata, 1978. Artículo VI

En el ámbito de las comunidades también había atención, aunque escasamente reconocida por los profesionales de la salud y los Ministerios. Existían en las comunidades las comadronas, curanderas y curanderos con sus prácticas de la medicina tradicional basada en las plantas, y dependiendo de su propia cosmovisión, ya fuese esta indígena, campesina, religiosa.

Durante los años 60, se introducen los conceptos formales de Atención Primaria en Salud (APS) en la región tanto por organismos gubernamentales como internacionales, así como agencias no gubernamentales y en particular de la Iglesia Católica. A raíz del Concilio del Vaticano II y de la Conferencia Episcopal de Medellín, se da un fenómeno dentro de los sectores más progresistas de la Iglesia, el de una opción preferencial por los pobres. Hay un clamor general por mayor igualdad y justicia, incluyendo en el campo de la salud.

Organizaciones eclesiales que dedicaban recursos humanos, financieros y logísticos a hospitales y dispensarios y para la compra de medicamentos, cuestionaron su la verdadera calidad y efectividad de sus inversiones.

Crece la contradicción entre la tradición humanitaria paternalista, el modelo de cuidado médico, el uso de medicinas industrializadas, y el movimiento por la igualdad y justicia social que reconoce la dignidad humana, su capacidad de transformación su derecho a la autodeterminación y control sobre su vida.

En gran medida, la teología de la liberación, la introducción de una educación participativa, no-formal, liberadora, y la concientización tanto del personal de salud como de las comunidades, trajo como consecuencia la difusión y posterior aplicación de la estrategia de APS en la región. Todo esto lleva al reconocimiento profundo de la enfermedad como un problema inherente en la sociedad y la necesidad de cambiarlo.

En los años 60, a la par del desarrollo este proceso, y a raíz del triunfo de la Revolución Cubana, hay una fuerte reacción del Gobierno de los Estados Unidos, por la Administración del entonces Presidente John F. Kennedy. Se establece en América Latina la Alianza para el Progreso, con la cual impulsaron muchos programas a nivel comunitario. Los programas gubernamentales incluyeron la capacitación de extensionistas agrícolas, la promoción de cooperativas, programas de atención a la salud y construcción de infraestructura como escuelas y puestos de salud Todo esto fue financiado a través de la Alianza para el Progreso. Se buscaba adormecer a la población con una actitud proteccionista y orientada a

mantener a las estructuras sociales y políticas imperantes, a la vez teniendo un fuerte componente contrainsurgente.

### ***La Experiencia en Nicaragua***

Durante los años 60 y 70 se desarrollan experiencias aisladas dentro de la pastoral de salud de las Iglesias Cristianas en regiones tan diversas de Nicaragua como las colonias agrícolas del occidente y las comunidades a la ribera de Río Coco en la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN). Hay un desconocimiento histórico de la contribución de las Iglesias y sus programas de salud. Sin embargo, estas mismas experiencias han sido reconocidas por las personas que tuvieron un rol importante en la elaboración de la estrategia de APS y la Declaración de Alma Ata.

En los años 70 varios programas integrales de salud comunitaria en Centroamérica fueron evaluados por personal de la Comisión Médica Cristiana del Consejo Mundial de Iglesias. Los resultados fueron compartidos con autoridades y oficiales de salud a nivel mundial y en particular con el Director de la Organización Mundial de Salud, Dr. Halfdan Mahler. Él mismo asevera que el éxito de estos esfuerzos le inspiró a promulgar la Declaración de Alma Ata y promover la estrategia de APS en 1978.

### ***El Pacífico de Nicaragua***

Las experiencias iniciales de promoción de la salud y prevención de enfermedades basadas en las comunidades fueron producto de las reflexiones de unos médicos que querían responder a las necesidades de comunidades pobres donde no había una atención médica sistemática.

Dr. Gustavo Parajón, quien es actualmente pastor de la Primera Iglesia Bautista de Nicaragua, fundador de CEPAD y de PROVIDENIC cuenta que en 1966 su profesor, Dr. Robert Hinson de la Universidad de Case Western Reserve vino a Nicaragua para colaborar con el Hospital Bautista. Realizó un programa de inmunización masiva con el apoyo de personal médico de los Estados Unidos que vinieron a vacunar a la gente en comunidades de Rivas, León, Granada y Managua. Ellos utilizaron “Peace Guns”, o “Pistolas por la paz” que eran unas pistolas para pintura calibradas y adaptadas para la vacunación. Así, vacunaron para viruela y polio, con varios millones de dosis.

En 1967 la Convención Bautista continúa el trabajo en Chinandega, en las colonias de la Reforma Agraria. Inicia PROVIDENIC como una organización para proveer atención médica a las comunidades. El Dr. Parajón regresa permanentemente a Nicaragua y como internista en el Hospital Bautista prepara unas “Damas Diplomáticas” para hacer trabajo de educación y vacunaciones en 10 lugares.

Por varios años el trabajo sigue con atención médica, sin un cambio en las condiciones de vida, causa real de la situación de insalubridad.

En 1973 y 74 una compañera nicaragüense va a Guatemala a estudiar bajo la tutela de personal del Programa de Desarrollo de Chimaltenango en la Clínica Behrhorst, uno de los ejemplos clásicos de un programa integral de APS en América Latina. Luego inicia un programa para Promotores de Salud como elemento fundamental del programa de Providenic, en Nicaragua, siendo un ejemplo de atención primaria en salud desde la comunidad, para la comunidad y por la comunidad.

Según el Dr. Parajón las principales lecciones aprendidas en estos años fueron:

- La gente del campo son inteligentísima, con gran capacidad de aprender y resolver sus problemas.
- La participación de la mujer es esencial en el desarrollo. Ella es la mejor promotora de la salud. Con la colaboración de ellas puede bajar la mortalidad infantil en forma dramática.
- CEPAD con sus programas de micro finanzas ha encontrado que al hacer préstamos a las mujeres benefician a toda la familia incluyendo los hombres.

En 1973, Dama Nita Barrow, directora de la Comisión Médica Cristiana del Consejo Mundial de Iglesias visitó el Hospital Moravo en Bilwaskarma, Río Coco para evaluar el trabajo del programa de salud. Luego invitó a Dr. Parajón a ser miembro de la Comisión, donde él sirvió hasta el año 1990.

En 1979, aunque algunos profesionales de salud del FSLN atacaron a la Atención Primaria en Salud como respuesta imperialista, el mismo Consejo Mundial de Iglesias apoyo el Ministerio de Salud, concretamente a la División de Educación y Comunicación para la Salud (DECOPS) y las Jornadas Populares de Salud con millones de dólares para realizar su trabajo.

## *La Costa Caribe*

Misioneros Moravos llegaron a Bluefields en la Costa Caribe de Nicaragua en el año 1849 para comenzar el ministerio de evangelización que se convertiría en la Iglesia Morava en Nicaragua. Se establecieron misiones a lo largo de toda la Costa Atlántica. Sus esfuerzos fueron dirigidos principalmente a las comunidades miskitas que vivían en las aldeas y a lo largo de los ríos y las lagunas. Las poblaciones criollas con raíces en jamaíquinas, también respondieron al Evangelio en gran número. A su debido tiempo, los misioneros llegaron a los pueblos mayangna (sumu) y Rama.

A medida que pasaba el tiempo, los misioneros de Europa y América del Norte prestaron servicio como maestros, médicos, enfermeras y otras en la capacidad de apoyo a las misiones. Además de la construcción de iglesias, los moravos establecieron escuelas, hospitales y centros de salud. En 1934 Dr. David A Thaeler, Jr. médico teólogo estableció una pequeña clínica médica en Bilwaskarma adjunto al Instituto Bíblico para la formación de los pastores nicaragüenses. También, con el apoyo de su esposa Margaret, abrieron una escuela de enfermería en Bilwaskarma.

Durante muchos años, el hospital de Bilwaskarma fue la única instalación médica en la región. Servía a una amplia variedad de necesidades médicas, incluidas la cirugía, la medicina preventiva y la salud pública. El Doctor Thaeler y su señora continuaron dirigiendo la escuela de enfermería del hospital hasta su jubilación en 1964. Antes de terminar su servicio en Nicaragua, el doctor Thaeler fue instrumental en el establecimiento del Hospital Pauline Bahnson Gray en Puerto Cabezas al mismo tiempo que se ocupaba de la supervisión y administración de los dos hospitales. Por sus aportaciones al pueblo de Nicaragua, el doctor Thaeler recibió el más alto galardón civil de Nicaragua.

Varios pastores que estudian en el Instituto Bíblico en Bilwaskarma se casaron con estudiantes de enfermería e integraron los primeros equipos formados para prestar servicios en las comunidades, ministrando a toda la persona, tanto cuerpo como espíritu. Los pastores también fueron maestros y muchos de ellos son recordados, en primer lugar, por su don de la enseñanza.

Los Capuchinos Catalanes arribaron a Nicaragua en 1915 para tomar posesión del Vicariato de Bluefields creado por el Vaticano en 1913. Iniciaron sus labores de evangelización en seis provincias civiles:

Bluefields, Cabo Gracias a Dios, Prinzapolka, Siquia, Río Grande y las islas de la Costa Caribe que pertenecían a Nicaragua.

En 1939 los Capuchinos inician un apostolado con los Miskitos que fue considerado una misión entre otra misión debido a las diferencias culturales y lingüísticas y de condiciones de vida tan extrema – el lodo, la pobreza, la soledad, lluvias torrenciales, color tropical, zancudos. Además de los Capuchinos de Cataluña, hay unos misioneros estadounidenses que llegan a apoyar el trabajo en la jurisdicción de Cabo Gracias a Dios y establecen una misión en Waspam, Río Coco. Luego en 1943 los Capuchinos de Detroit, Michigan, en los Estados Unidos asumen el trabajo del Vicariato de Bluefields y se retiran los catalanes.

La Misión atendía a 53 comunidades miskitas y mayangna en más de 300 millas del Río desde Carrizal en los raudales hasta Cabo Gracias a Dios. (Cabo fue destruido por huracanes en 1935 y en Septiembre 1941)  
Los Capuchinos apoyaron a los Miskitos en:

- Formar una cooperativa de mercadeo en los años 40, probablemente el primero de este tipo en América Central.
- Formar un instituto para la formación de ministros laicos católicos en 1953. Probablemente el primero en América Central.
- Organizar una equipo de miskitos que impartieron cursos en unas 50 comunidades miskitas y mayangna sobre cooperativismo y agricultura (1967-1969)
- Formar la Asociación de Clubes de Agricultores del Río Coco (ACARIC) 1967-1969 abarcando a casi todas las comunidades miskitas y mayangna del Río Coco.
- Con la ayuda de las Hermanas de Santa Inés formar programas de “Líderes de Salud y programas para la promoción de la Mujer en toda la Mosquitia, empezando en 1968.
- Organizar y presentar el Baile Folclórico Mismo en el Teatro Nacional Rubén Darío en Managua, y en la UNAN León en 1970.
- Formar el primer programa para Diáconos Permanentes (hombres casados) en América Central en 1973.
- Traducir y publicar la primera edición Ecuménica del Nuevo Testamento de la Biblia en un idioma indígena en América Latina 1969 – 1974.

## *El Programa Integral de Salud del Río Coco*

Las Hermanas de Santa Inés llegaron de los Estados Unidos en 1945 para abrir una escuela y una clínica en Waspam. Por 15 años una Hermana atendió un promedio de 100 pacientes diariamente. Viajó por el Río Coco para vacunar a los niños y niñas y enseñar a las madres aspectos de higiene básica. En 1965 una hermana enfermera fundó una clínica de maternidad en Waspam y comenzó la formación de las parteras tradicionales de las comunidades del Río.

Por más de 20 años, de 1945 a 1967 se trasladaron enfermos, formando una fila interminable de pacientes a las puertas del Centro de Salud gubernamental en Waspam, al Hospital Moravo de Bilwaskarma, y a la Clínica Santa Inés de Waspam. El número de personas buscando atención médica era grande y había muchas que no podían recibir atención por las grandes distancias y las enormes dificultades para viajar, la falta de dinero y comida, la imposibilidad de albergue en Waspam. Las mismas enfermedades impedían el traslado de los enfermos.

Las misioneras católicas y moravas y brigadas médicas de corto plazo visitaban las comunidades de vez en cuando. ¿Cómo pueden atender 50 comunidades cada tres o cuatro meses, prestando atención a unos cien pacientes y extrayendo 20 muelas en cada lugar? ¡Imposible!

El Ministerio de Salud, a través del PUMAR (Programa de Unidades Móviles Áreas Rurales)<sup>2</sup>, operaba una unidad móvil sobre el Río Coco con diez puestos de atención. Cuatro Inspectores de Saneamiento tenían la obligación de atender emergencias, recomendar medicinas, y promover saneamiento ambiental. No había ninguna posibilidad de tener un agente de PUMAR en cada comunidad.

Entonces siguiendo los axiomas básicos de Maurice King, salubrista y autor del libro “Atención Médica en Países en Desarrollo”, decidieron optar por una atención primaria de salud. Una atención sencilla basada en la comunidad, proporcionada por comunitarios capacitados para atender enfermedades comunes y en la promoción de la salud, incluyendo saneamiento ambiental y nutrición.

---

<sup>2</sup> Programa del Ministerio de Salubridad Pública y la Alianza para el Progreso para responder a las necesidades de la población miskita que se traslada a Nicaragua a raíz del fallo de la Corte Internacional de Justicia en 1961 sobre el territorio en litigio. Se define el Río Coco como frontera entre Nicaragua y Honduras.

En 1968 se iniciaron los primeros Cursos de Líderes de Salud del Río Coco y luego en 1969 cursos para amas de casa y parteras. A inicios de 1971 comenzó a funcionar el Programa Integral de Salud con el objetivo de integrar las instituciones locales y extralocales, gubernamentales y privadas en la promoción del desarrollo de la zona. Se logró la coordinación de la Misión Católica, la Misión Morava, el Ministerio de Salud, y otras organizaciones locales en acciones para mejorar la salud a través de un programa de atención primaria en salud basado en los líderes de salud, las parteras, y las mujeres.

Lograron un sistema de salud preventivo, inmunización y saneamiento ambiental por medio de la organización comunitaria. Se establecieron un sistema de atención básica comunitaria y provisión de medicamentos esenciales, además de la distribución y control del tratamiento para tuberculosis. Fomentaron la salud a través de educación con programas de salud escolar. También promovieron la producción de alimentos y mejoramiento de la nutrición, especialmente infantil.

El Programa Integral de Salud fue un elemento fundamental del programa Pastoral Indigenista de las comunidades miskitas y mayangna del Río Coco. La Pastoral Indigenista se basaba en la teología de la liberación y una educación liberadora. Significaba el reconocimiento de la relación entre la salud y los factores socioeconómicos y políticos. Con la participación directa de las comunidades indígenas, se desarrollaron los recursos humanos comunitarios a través de una capacitación multidisciplinaria, multinivel, e interdisciplinaria.

El ejemplo del Programa Integral de Salud del Río Coco llegó a ser el prototipo para la Pastoral de Salud del Vicariato de Bluefields durante los años 70 y hasta en los años 80. Cuando el gobierno revolucionario intentó promover las Jornadas Populares de Salud en las comunidades de la Costa Caribe tenían que tomar en cuenta el hecho que, durante años, los promotores o líderes de salud, las parteras, y las amas de casa había tenido un protagonismo importante en la salud y bienestar de sus comunidades.

Desgraciadamente los sucesos de los años 80, con la reubicación de las comunidades del Río Coco (Operación Navidad Roja), el desarrollo de los programas se vio limitado. Se destruyó el Hospital de Bilwaskarma y la Clínica Santa Inés. Las facilidades quedaron cerradas durante años. Sin embargo, la larga experiencia de las personas tuvo su fruto en la replicación del modelo en otras comunidades donde están asentadas las comunidades miskitas.

Lo importante es que muchas de las personas que han incidido en el actual modelo intercultural de salud de la RAAN son hijas e hijos de las personas que levantaron el trabajo de salud en la Costa Caribe. Son profesionales que estudiaban y trabajaban en los Hospitales de Bilwaskarma y Puerto Cabezas, en la Escuela de Enfermería de Bilwaskarma, y en las muchas comunidades del Río, del llano y de Bilwi y que promovieron, desde hace varias décadas, un concepto comunitario basado en la cosmovisión de sus etnias, una auténtica atención primaria en salud.

## ***Bibliografía***

Fray Gregorio Smutko, CAP, “La Presencia Capuchina entre los Miskitos 1915 – 1995, Coedición entre la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACAAN) y la Vice Provincia de los Capuchinos de América Central y Panamá, 1996

Fray Gregorio Smutko, CAP, “Pastoral Indigenista. Experiencia entre los Miskitos”, Ediciones Paulinas, Bogota, 1975

MHZ, 8 Marzo 2008