

# CONDICIONES SANITARIAS Y DE VIDA EN LA MOSQUITIA

(Segunda parte)

De la Cristianización a la Revolución Cubana (1849-1960)



Foto Tom Green

Dominique Dejour

**A**l igual que la primera parte, publicada en **Wani** No. 17 (a cuya introducción referimos al lector para mayores explicaciones sobre la génesis y el alcance del estudio original), este artículo está basado en un trabajo más amplio: Dejour (88), que intenta cubrir la historia sanitaria y las estrategias de salud en la parte norte de la Mosquitia (actual RAAN) desde el descubrimiento hasta 1986. El segmento aquí resumido y actualizado corresponde al período que va desde la llegada de los primeros misioneros moravos hasta el advenimiento de la revolución cubana.

La interacción de los misioneros moravos con los habitantes de la Costa, en el plano de la salud, por una parte proporciona mayor información sobre el tema que la que hasta entonces había disponible y, por otra parte, tiende a influenciar las costumbres y métodos de resolver los problemas de salud en la región. La revolución cubana va a influenciar el tipo de intervención que los Estados Unidos y el Gobierno Nacional quieren promover en la región. Para reflejar las condiciones de salud de la población de la RAAN, en la época indicada, hemos retenido en este resumen dos indicadores: la accesibilidad a los diferentes tipos de servicios de salud existentes (sección 1) y las enfermedades prevalentes (sección 2).

## AGENTES INTERVENTORES Y ESTRUCTURAS DE SALUD

### Agentes interventores

Las organizaciones interventoras, en el área de la salud, cuya acción estaremos resumiendo, son las siguientes: las misiones religiosas (morava, católica y adventista), las compañías extranjeras y el Estado Nacional. Las iniciativas privadas más notorias serán también mencionadas.

A la iglesia morava corresponderá el papel más importante entre las misiones religiosas, por ser la primera y la más influyente. Las tentativas de implantación de la iglesia católica en la Costa no lograron frutos sino hasta 1939, cuando capuchinos norteamericanos y las religiosas de la orden de Santa Inés y Maryknoll inician su labor en la región de las Minas; la influencia de esta iglesia en la región no logrará igualar a la de los moravos. Los adventistas tuvieron una influencia menor. Sin embargo intervinieron muy visiblemente en el paisaje sanitario de Puerto Cabezas, donde, a pesar de sólo una breve estancia, construyeron un hospital que habría de permanecer por casi cuarenta años.

La influencia de las compañías extranjeras se dio en varios ámbitos: La economía, las condiciones de vida y de trabajo, los modelos o ideales sociales, etcétera.

En todo este período, el papel del estado nicaragüense en la zona será incipiente. En el campo de la salud, no realizó prácticamente ninguna inversión en infraestructura y/o personal. En las aglomeraciones mayores, como las Minas y Puerto Cabezas, el papel del Estado se restringe prácticamente a lo que hacía la Guardia Nacional. Esta se destacó más -como señala correctamente Dozier (1985:204)- por organizar la prostitución, la corrupción y la represión, que por cualquier otra actividad.

### Las Estructuras de Salud: Río Coco, Puerto Cabezas y las Minas:

Para examinar las estructuras de salud existentes en la RAAN en la época estudiada utilizaremos las subdivisiones regionales habituales (por razones administrativas, históricas, geográficas, etcétera): río Coco, Puerto Cabezas y las Minas.

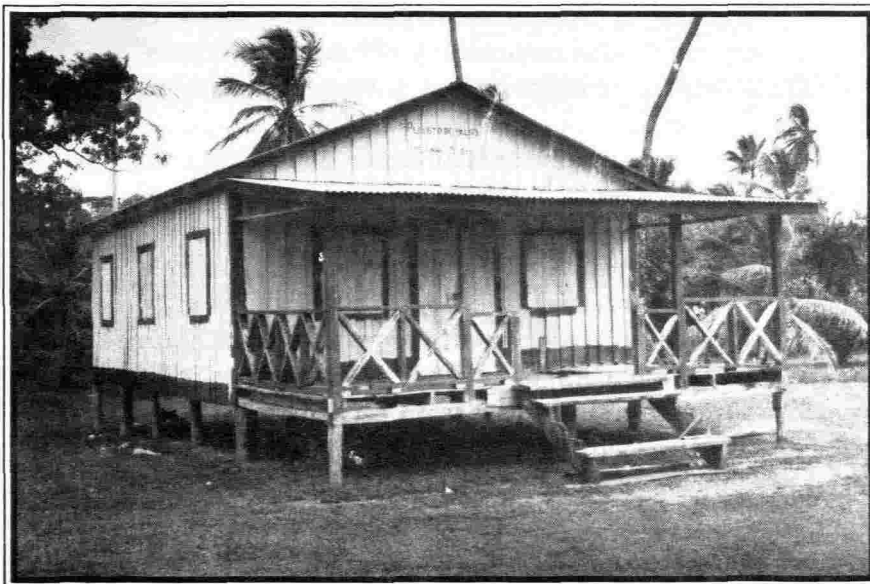
#### Río Coco («Wangki» en miskito)

##### *La Iglesia Morava*

##### **El primer puesto de Salud: «Sang-sang-ta»**

El primer puesto de Salud en esta zona fue edificado por el reverendo-médico moravo Dr. Grossmann, en Sang-Sang-Ta, una comunidad sobre el río Coco, a inicio del siglo (Brindeau, 1922: 113-114). Para no descuidar su labor pastoral, el reverendo había limitado a dos días por semana la prestación de servicios de salud; sin embargo, rápidamente, la afluencia de pacientes que habían recorrido largas distancias a caballo o en canoa puso al descubierto las grandes necesidades de la población en este campo. Asimismo, varios misioneros habían tenido que ser repatriados por problemas de salud (Wilson, 1975: 301). Por eso, la Iglesia Morava madre (a ese punto la misión era regentada desde los Estados Unidos) mandó, en los años 20, una enfermera titulada, la Sra. Ana Kreitlow, con la responsabilidad de atender a los misioneros y apoyarlos en sus tareas con los pobladores. Este esfuerzo se reveló rápidamente insuficiente y el obispo Muller escribía a inicio de los años treinta:

«una de las grandes necesidades para nuestro trabajo es la creación de un pequeño hospital, localizado de una manera central, bien equipado, bajo la responsabilidad entera de un médico bien capacitado...» (Müller, 1932: 152)

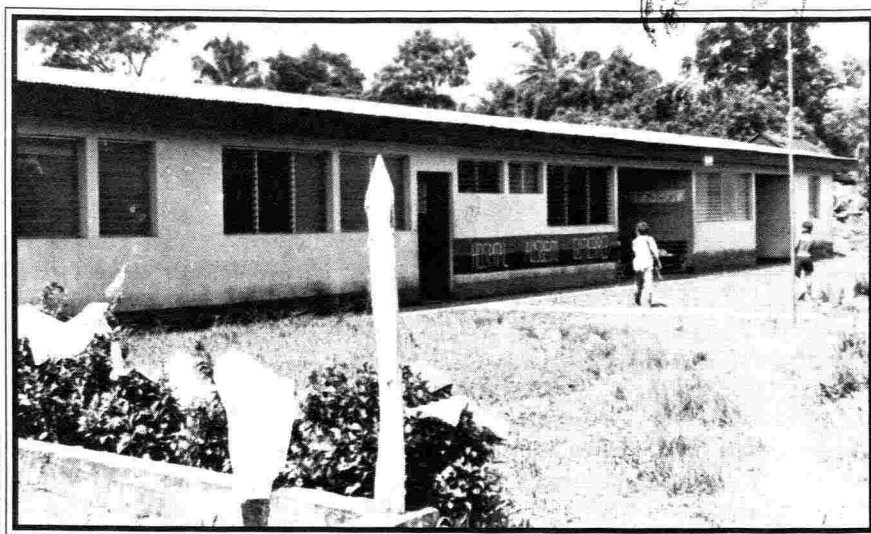


*En el sector de la salud, la Iglesia morava ha tenido el papel más importante entre las misiones religiosas, por ser la primera y la más influyente.*

## El hospital de Bilwaskarma: el Thaeler Memorial

La obra médica morava iba a dar un giro con la llegada, en 1933, del Dr. David Thaeler, norteamericano, cuya principal tarea era la creación de un hospital. Después de 6 meses de estudios, y de acuerdo con el conjunto de los pastores de la misión, la comunidad de Bilwaskarma fue escogida. En 1934, el Dr. Thaeler y dos enfermeras norteamericanas iniciaron las actividades médicas en un pequeño dispensario. En este periodo se presentaban a la consulta hasta 257 pacientes diariamente (Wilson, 1975:303-309). En 1935 se inició la construcción del hospital.

Foto Balladras



*Hospital Ausberto Gutiérrez de la Cruz de Río Grande, 1980.*

Rápidamente, estas tres personas fundaron la **primera escuela de enfermería de Nicaragua**. La primera promoción fue el 21 de agosto de 1935, con una sola alumna: Laurita E. Wilson. En 1938, al graduarse, Laurita se convirtió en la primera enfermera nicaragüense graduada.

El 5 de septiembre de 1936 (Borhek, 1949: 49) se inauguró el que por un tiempo llegó a ser probablemente el hospital más competente de Nicaragua: el «Thaeler Memorial». Su equipamiento va a mejorar poco a poco. En 1937 se dota de un sistema de agua; en 1939 adquiere la luz eléctrica. En 1940 se equipa de una sala de radiología. Un aeropuerto será construido con servicio de vuelos regulares hacia otras partes del país, lo que aseguró la llegada de los pacientes pudientes. Es así como, en los años 40, este centro se convirtió en una de las instalaciones médicas más famosas de Nicaragua, atendiendo pacientes con recursos económicos de muchas partes del país. En 1949, todos los edificios están ligados entre ellos por un sistema telefónico interno además de contar con un sistema de radio que conecta el hospital con los Estados Unidos (el Dr. Thaeler se comunicaba con sus colegas) (Pataki, 1956). En 1952 se inicia la construcción del sanatorio «La Esperanza», próximo al Hospital, con una capacidad de 18-20 camas, conectado a la red telefónica. Empezará a recibir pacientes en febrero de 1954.

Pataki (obra citada, pág.46) hace la siguiente descripción de lo que vio en 1953: «Los edificios de la Misión Morava y del Hospital, están contruidos entre pinos y el estilo de la arquitectura nos hace sentir como si estuviéramos en Suiza o en uno de los países escandinavos. Pinos y jardines con sus flores, con verde grama, orden y limpieza... Nunca me hubiera imaginado que pudiera encontrar algo parecido en la selva...»

En 1953, el complejo se componía de diez edificios, con una capacidad de 28 camas; así como cuatro cuartos pri-

vados, sala de operaciones, sala de consultas, radiología, laboratorio, cocina, lavandería, taller de mantenimiento y un edificio de las enfermeras. Su personal contaba con el Dr. Thaeler así como con el Dr. Werner Müller (médico general), ocho enfermeras graduadas (cinco nicaragüenses) y siete alumnas de tercer año de enfermería. El Dr. Thaeler, así como todo el equipo del hospital, podían comunicarse en miskito con la población.

En este período, el tipo de atención que se realizaba era principalmente curativa. No obstante se realizaba capacitación a personas de la comunidad para enseñarles algunas nociones de salud básica y, en un grado menor, de higiene ambiental. Fundamentalmente, la atención tenía que pagarse. Al ingresar para una intervención quirúrgica, los pacientes tenían que dejar primero un depósito. Después, y en caso de no poder cancelar en dinero efectivo el monto de los gastos, se firmaba un arreglo, especie de hipoteca, sobre la futura cosecha. Por supuesto, «no se dejaba morir a nadie», sin embargo, el sistema era tal que los indígenas no se acercaban al hospital salvo en caso de extrema necesidad dado que incurrieran así en una deuda particularmente grande<sup>1</sup> con la propia iglesia morava, la cual estaba presente en todas las comunidades.

De toda maneras, para muchos, el hospital era inaccesible geográficamente (demasiado lejos para poder pagar ni siquiera el costo del transporte<sup>2</sup>

1. Caso de un tal Chéster, reportado por Mary Helms en su libro «Asang», que tuvo que trabajar varios años para pagar los gastos de un accidente de su hermano (Helms, 1971:152)

2. Pijoan Michel «Estudio Preliminar del Estado de Salubridad en la Región del Río Coco en Relación a un Programa de entrenar practicantes indígenas» pág.15. (fuente desconocida) Documento D-0132 CIDCA.

### Una clínica en San Carlos

Esta instalación funcionará de manera intermitente a lo largo de su historia. Habría sido construida en 1949, durante la administración del Dr. Thaeler. Sin embargo, las diferentes fuentes son contradictorias, ya que Pataki la encuentra, en 1953, «...clausurada completamente, antes tenía una enfermera graduada.» (obra citada, pág.55). La religiosa católica Eileen Mahony no la menciona en su enumeración de las estructuras de salud del río Coco para el período 45-52 (Mahony, 1980), ni tampoco el Dr. Alvaro Moreira en su tesis de 1958 (Moreira, 1958). Max Minano García, del Proyecto Piloto de Educación fundamental, tampoco lo hace en 1960 (Minano García, 1960). Habrá que esperar a Mary Helms, al inicio de los años 60, para encontrarla reportada de nuevo, pero como una estructura estatal (Helms, 1971:41). Esta última información es probablemente errónea, pero es posible que algunos médicos de salubridad realizaran ahí consultas de manera esporádica, cuando el Estado nicaragüense empezó a asumir algún papel en el campo social.

### La Misión Católica.

Iniciará sus actividades en el río Coco en 1945, con la llegada a Waspam de las Hermanas de la Orden de Santa Inés. El dispensario estará ubicado en el mismo edificio que el convento y éste se convertirá en el segundo lugar fijo de atención médica en el río Coco, donde los indígenas podían acudir a cualquiera hora, de día o de noche. Entre 1945 y 1952, las enfermeras misioneras norteamericanas atienden entre 70 y 100 pacientes al día. Además de esto realizan visitas en las comunidades cercanas (de una o dos semanas), donde una atención curativa se complementa con un trabajo educativo y preventivo (Mahony, 1980).

La atención era gratis, o mediante una pequeña contribución, ya que los medicamentos procedían de donaciones de la Iglesia.

### Las Compañías extranjeras

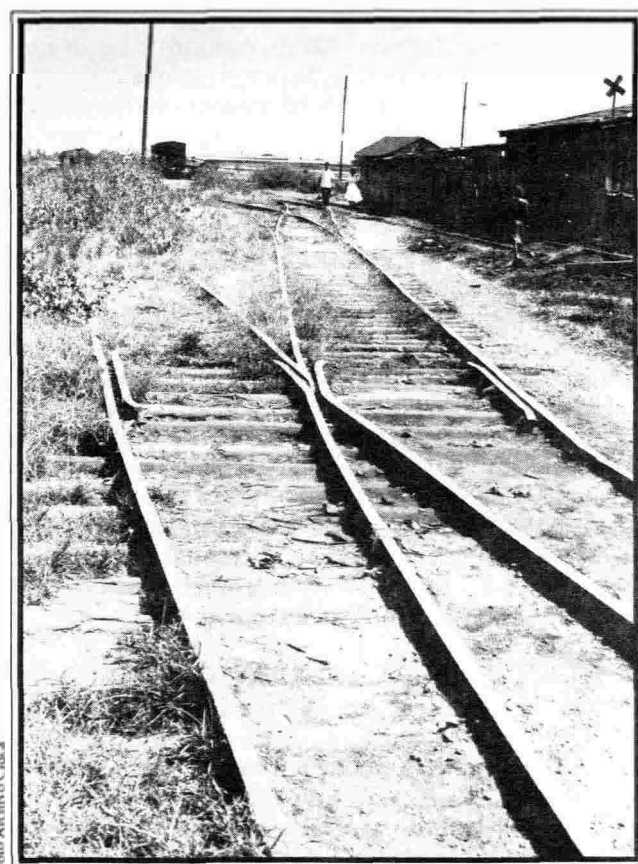
Las Compañías no dejaron ninguna infraestructura de salud en esta zona, a pesar de iniciar muy tempranamente la explotación de los recursos naturales. En el río Coco explotaban el hule, las maderas preciosas y el banano. Los cortes de madera eran trabajos muy duros, ya que todas las operaciones se hacían a mano. Los accidentes de trabajo tanto en el corte de los árboles como en los aserrios debían ocurrir con alguna frecuencia que no se ha podido apreciar. El Dr. Pijoan será el único en hacer alusión a «...los servicios médicos proporcionados por La Compañía Hulera, Bananera y el Servicio Cooperativo Interamericano en Raití» (Pijoan (sf), ver bibliografía). pero se desconocen los recursos con que contaban.

### El Gobierno

En este período, la presencia del Estado es muy incipiente. Además de las razones históricas y geográficas que explican esta situación para la Costa Atlántica en general, está el hecho que la población representaba menos del uno por ciento de la población nacional en los diferentes censos (Rodríguez Masís, 1978), con una importante dispersión.

La primera iniciativa del Gobierno se sitúa después de 1952 (Mahony, 1980). En 1952, el Gobierno envió una misión educativa «El Proyecto Piloto de Educación Fundamental» (PPEF)- al río Coco, la cual estableció su sede en Waspam. En 1953, se incorporó un delegado del Ministerio de Salubridad (Cantón, 1964), quizá por haberse reportados casos de Fiebre Amarilla en Sang-Sang. En 1955, el PPEF inició oficialmente sus actividades, las cuales incluyeron la activación de una unidad sanitaria móvil.

El primer médico nombrado por el Ministerio de Salubridad Pública será el Dr. Orlando Mongalo (Cantón, 1964: 11) y posiblemente el centro de salud gubernamental de Waspam empezará a funcionar entre 1953 y 1955. Se trabajaba a medio tiempo. La atención era gratis (consultas, medicamentos y exámenes de laboratorio). Refe-



*Las Compañías no dejaron ninguna infraestructura de salud a pesar de iniciar muy tempranamente la explotación de los recursos naturales.*



rían a los pacientes al hospital de Bilwaskarma para las radiografías o cirugía. Tenía que prestar sus servicios a los habitantes de Waspam así como a los de las comunidades del río Coco. Varias fuentes lo califican de poco operante, con muy pocos recursos humanos, materiales y financieros (Mahony, 1980; Minaño García 1960).

El SNEM (Programa de Erradicación de la Malaria) empezó a desarrollarse en esa época como un programa vertical, paralelo al Ministerio de Salubridad Pública.

## Puerto Cabezas («Bilwi» en miskito y sumo)

### Las Compañías

Le corresponderá a la Bragman's Bluff Lumber y Standard Fruit Company construir el primer hospital de la RAAN. Alrededor de los años 1925-1926, cuatro o cinco años después de haber iniciado sus actividades, la Compañía edificó un hospital de madera de dos pisos. El obispo Karl Müller lo menciona como uno de los principales edificios de la recién fundada ciudad de Puerto Cabezas (Mueller, 1932:118). Comportaba además, a su lado, una residencia para el médico norteamericano. El resto del personal era nicaragüense.

Se recibía a los técnicos extranjeros, así como a los trabajadores, pero también al público en general, si éste podía pagar el costo de la atención -cinco dólares la consulta, lo que, en esta época, representaba varios días de trabajo (CIDCA, 1986).

No se sabe con precisión qué tipo de prestaciones ofrecía la Compañía en Nicaragua. Sin embargo, en Honduras, la misma Standard Fruit realizaba una retención del 3 por ciento sobre los salarios (Karnes, 1978: 110), para financiar los gastos de salud. En caso de accidente se mandaba al trabajador al hospital, y la Compañía asumía todos los gastos. En caso de enfermedades se procedía a deducir del sueldo del trabajador el costo de su estancia. Los familiares tenían derecho a la atención por la mitad del precio, en relación al público en general.

Cuando la Standard Fruit se retiró de la región en 1931, dejando en el desempleo a varios centenares de trabajadores, se llevó en su equipaje ... su hospital (Karnes, 1978: 138), el único de toda la región.

### Las misiones religiosas

**Adventistas y moravos.** Los adventistas construyeron el segundo hospital de Puerto Cabezas, alrededor de los años 1945-1948. Se edificó a poca distancia del primero; tenía una capacidad de 18 camas (incluyendo cuartos privados). Es el mismo que estaba funcionando en esta ciudad, aunque un poco diferente de su construcción inicial, todavía en los años 80. Las dificultades financieras para mantener tal infraestructura hicieron iniciar los trámites de venta de este edificio a la iglesia Morava en 1957. La

venta se realizó en 1958; y a partir de 1959, los moravos asumieron su funcionamiento. El Dr. Thaeler de Bilwaskarma fue nombrado director y de ahí en adelante se le denominó hospital «Gray Memorial».

**La Iglesia Católica.** Esta iglesia desarrollará una misión principalmente educativa en la zona. En el colegio que edificó se construyó un dispensario llamado «La Clínica de Los Niños de Praga», especie de enfermería de la escuela. A veces tenía la visita del médico de la Sanidad que atendía a los niños enfermos de manera ocasional. La iglesia recibía donaciones de medicamentos y alimentos pero utilizaba sus propios canales para distribuirlos.

**El Gobierno.** Es difícil precisar a partir de cuándo el Gobierno de Nicaragua empezó a preocuparse para asumir su papel en este campo. Esto se debe en parte a la poca incidencia que tendrá el Ministerio de Salubridad en la Salud pública de la época. Posiblemente, alrededor de 1950<sup>3</sup>, se abrió un centro de salud llamado «La Sanidad» en una casa particular alquilada. El local no se prestaba del todo al uso que se le daba. Como en Waspam, se trabajaba medio día. La atención era gratis pero el centro tenía poco que ofrecer. Con mucha suerte el público lograba conseguir una consulta médica, ya que el médico acumulaba varios cargos y dedicaba poco tiempo a «la Sanidad»: tenía que dar consulta en el cuartel de la guardia nacional y atendía con prioridad a los militares, iba también a inspeccionar la tripulación de los barcos antes de que tocaran el muelle. Estas dos actividades eran muy remunerativas. Visitaba también el dispensario de la «Junta Local de Asistencia Social» (JLAS); pero, por la tarde, la preferencia era atender su clínica privada. La clientela de la Sanidad la constituía la población más pobre: indígenas y criollos. La población más pudiente se dirigía hacia el Hospital Adventista (posteriormente, Moravo), o a las clínicas privadas del Dr. Mongalo o a la del médico de la Sanidad, cuyos costos eran inaccesibles al público en general.

El dispensario de la Junta Local de Asistencia Social (JLAS). Nunca logrará tener un local propio. Atendía por las tardes de 2 a 5 pm. La atención, dirigida a los indigentes, era estrictamente curativa, calificada de mala calidad debido a la escasez de recursos humanos y materiales.

**Las iniciativas individuales privadas.** El relativo auge económico que se dio en esta ciudad abrió algunas posibilidades para la medicina privada. En 1927, el Dr. Mongalo, especialista en radiología, llegó desde Granada. Empezó con un consultorio privado. Al retirarse la Standard Fruit y su hospital, quedó como el único médico del lugar. Estableció entonces algunos convenios con la NIPCO: el Dr. Mongalo atendía a los trabajadores con un

3. Testimonio de Doña Leticia, enfermera de Puerto Cabezas que laboró en este centro a partir de 1965.



Foto Teo Green

### Walpa

sistema de «bonos», haciéndose reembolsar posteriormente sus honorarios. Algunos años más tarde (en 1945), la Compañía le proporcionaba una casa en la cual el doctor va a instalar su propia policlínica, una especie de pequeño hospital con una capacidad de 8-10 camas. El y siete de sus hijos laboraron en esta clínica varios años. Los trabajadores de las compañías constituían su principal clientela. A inicios de los años 60, el Dr. Mongalo padre se retiró. Ya en esta época las actividades de la clínica están disminuyendo, el número de trabajadores es menor y el costo de la atención la hacen inaccesible a la mayoría de la población local. Uno de los hijos se mantendrá durante algunos años más, pero en 1966, esta empresa familiar cerrará definitivamente al retirarse la NIPCO.

### Las Minas

El panorama es dominado aquí por las compañías extranjeras. El descubrimiento de yacimientos de oro en la región de Siuna se sitúa alrededor del año 1885. Ya a ini-

cios del siglo varias compañías extranjeras controlaban su explotación. Al inicio, la explotación se realizaba a cielo abierto; a partir de 1941 se empieza la perforación de los primeros pozos. Habrá que esperar varios decenios para que las compañías se preocupen por la salud de la población.

### Siuna

**El Hospital de la compañía minera:** No fue sino hasta en los años 40 que aparece la primera infraestructura en salud. La Luz y Los Angeles construyeron un hospital de madera, con un capacidad de 10 a 15 camas al inicio. Disponía de un pequeño salón de operaciones, una sala de radiología, un laboratorio y un consultorio de odontología. Existía además un edificio para las enfermeras y un almacén. El personal era de nacionalidad nicaragüense. Los médicos que se sucedieron (había sólo uno en el puesto) pertenecían a la Guardia Nacional; tenían derecho a alojarse en una casa en la Zona Americana, lo que era percibido como un gran privilegio ya que era el único nicaragüense con este estatus (el odontólogo tenía que contentarse con una casa semiresidencial en la ciudad). Por cierto, los médicos no se quejaron del trato que recibían por parte los dueños de la Compañía.

En los años 50, el hospital contaba con más de 20 camas y dos cuartos privados. A partir de 1952, el médico recibe el apoyo de un «residente», que cambiará cada año. El personal está constituido de 5 enfermeras (graduadas de Bilwaskarma), 3 auxiliares empíricas y una afanadora. De noche permanecía solamente una auxiliar.

La atención era gratis para el personal de la empresa. Para la esposa y los hijos menores de 14 años existía también una protección (probablemente una tarifa reducida). Para el público en general la atención se cobraba. El médico tenía derecho a pedir sus propios honorarios.

**La «Sanidad»:** La «Sanidad» era muy esquelética. Estaba representada por un único trabajador que era oficial de salud (técnico), a cargo del laboratorio. Trabajaba en el propio edificio del hospital, en un local que disponía de una entrada independiente. Se cobraban los exámenes de laboratorio. El SNEM existía también pero funcionaba de manera completamente autónoma de las demás instituciones de salud. Realizaba tres o cuatro veces al año la fumigación de la ciudad, entre otras cosas.

**La Iglesia Católica:** Las hermanas de Maryknoll llegaron a Siuna en 1944, abriendo un dispensario médico a cargo de una enfermera graduada, misionera. El dispensario estaba abierto todo el día y se realizaban unas 4,000 consultas al año. La atención era gratis, aunque a veces cobraban por algunos medicamentos. Organizaron un Programa llamado «Vacaciones para la Humanidad», en

coordinación con iglesias norteamericanas, mediante el cual médicos americanos venían a trabajar durante sus vacaciones de manera benéfica. Este dispensario tenía una proyección en el campo y se realizaban visitas a las comunidades. Las hermanas capacitaban auxiliares empíricas que las apoyaban tanto en el dispensario como en las visitas de terreno.

**Iniciativas privadas:** Los cirujanos-barberos ambulantes que pueblan los westerns californianos no parecen haber sido muy comunes en esta parte del mundo, a pesar de la similitud del paisaje. En 1927, una especie de curandero, «el danés», se estableció en Siuna. Trataba a sus pacientes con medicamentos «modernos». Pocos médicos probaron suerte en esta ciudad y cuando lo hicieron no les fue muy rentable.

En los años 50, todavía ejercía «el Danés». Los medicamentos eran vendidos por los comerciantes chinos ya que no habían farmacias.

### Rosita

El hospital de la Compañía nació más tarde, posiblemente entre los años 1955 y 1958. Tenía una capacidad de 5-8 camas y 5 cunas. Poseía su salón de operación, un pequeño laboratorio y un aparato de rayos X portátil. Todo el personal era nicaragüense y estaba constituido por un médico y cuatro enfermeras graduadas. Solo los trabajadores de las minas tenían la gratuidad de la atención. Los familiares no tenían ningún derecho especial y como todos los demás tenían que pagar<sup>4</sup>.



Bonanza

En el transcurso de los años 40, la Compañía equipó un hospital. En los años 50, este edificio contaba con diez camas públicas, entre cirugía y maternidad, dos cuartos privados, un salón de operaciones, una sala de radiología y un cuarto de consulta. Tenía el mismo sistema que el hospital de Siuna en cuanto a las políticas de cobros practicadas.

A este hospital, Lazlo Pataky lo califica de bien equipado, pero estima que el local no ha sido previsto para este tipo de uso (Pataky, 1956). Esta apreciación es confirmada por la valoración catastral hecha por el Seguro Social nicaragüense a mitad de los años 60, en el marco de los trámites de compra de estos hospitales a las compañías. Así se valorizaban las instalaciones :

4. Testimonio de Hermenegildo Jiménez, técnico en radiología del centro de salud de Rosita. Este trabajador laboró en el hospital en los años 1957-58.

	BONANZA	SIUNA	ROSITA
HOSPITAL	27,400	116,000	70,000
CASA DEL MEDICO	28,000	-	33,750
CASA ENFERMERAS	20,000	19,200	28,500
FARMACIA Y LABORAT.	2,000	-	-
LABORATORIO	-	9,600	-
CASA No 31 (?)	20,000	-	-
MATERIALES MEDICOS	25,000	32,000	34,000
TOTALES	122,400	176,800	166,250

Fuente : Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social (JNAPS) - «Memorias de 1966» - Extensión del Seguro Social a las Minas Anexos 3 a 8. Talleres de la imprenta Nacional. Managua D.N. - Abril 1967. pp.19-25 y 47-61

## 2. ENFERMEDADES PREVALECIENTES

### Patología infecciosa bacteriana y viral

**La Viruela :** La valoración de su importancia ha sido quizás minimizada por Pijoan. Según este autor, las epidemias de Costa Rica en 1862 y Guatemala y Honduras en 1863 no habrían afectado a Nicaragua. La vacunación de los viajeros sería la explicación de este fenómeno. Si bien es imposible refutar esto, y aunque ya existía una vacuna, es dudoso pensar que su uso fuera tan difundido. Además se señalaron epidemias alrededor de la mitad del siglo XIX (Fellechner *et al.*, 1845; Bell, 1899).

El obispo Karl Mueller (1932:42) reporta casos esporádicos. En 1931 hay informes<sup>5</sup> de una epidemia que habría afectado no solamente el río Wangki sino también comunidades al sur de Puerto Cabezas (Wasla, Cape, Sandy Bay y Yulu). En aquella ocasión, los misioneros habrían participado directamente en una campaña masiva vacunando a sus feligreses en cada comunidad.

Vale la pena preguntarse quién tuvo la iniciativa de semejante acción de salud pública. En los años 30-31, la única infraestructura de salud en toda la Mosquitia era el hospital de la Bragman's Bluff Company. Todavía el Dr. David Thaeler no había llegado. El Reverendo Grossmann, médico también, ocupaba las funciones de Superintendente de la Iglesia Morava. Las Compañías eran las más interesadas en no dejar expandirse la epidemia, ya que afectaba a sus trabajadores y técnicos. Los moravos, con una presencia en muchas comunidades, constituían una red muy capaz de detección e intervención. La vacuna, con toda probabilidad, provenía de los EEUU; pero es difícil pensar que, sin el recurso de las Compañías, ésta hubiera podido ser transportada en refrigeración hasta la Mosquitia. Su distribución posterior hasta las comunidades supone que se haya establecido mediante colaboración estrecha entre las Compañías y la Iglesia Morava.

Se tendrá que esperar el año de 1956, para que el Gobierno, por medio del Proyecto Piloto de Educación Fundamental (PPEF), organice una campaña masiva de vacunación antivariólica en la cuenca del río Coco. Según el informe final de este proyecto se habrían aplicado en esa ocasión 12,000 dosis de vacuna antivariólica :

El tamaño de las cifras proporcionadas amerita tal vez cierto grado de incredulidad, ya que se trataba de vacunar a una población dispersa a lo largo de unos 300 km de largo, ubicada en lugares frecuentemente inaccesibles, con la participación de solamente 5-6 personas. Además de mantener el biológico en refrigeración, el tipo de vacunas aplicadas requería de varias dosis (antitifoidea) y no se podían aplicar ambas vacunas el mismo día, necesitando un período de algunas semanas de intervalo entre ellas.

**El Sarampión:** Esta enfermedad, conocida por haber afectado las poblaciones indígenas del continente, no habría sido tan frecuente en el río Coco según Pijoan (Pijoan, 1946: 157-183). Sin embargo, el Dr. Grossmann (Grossmann, 1925: 88) señala una importante epidemia en el río Coco en 1924. Como siempre, la dificultad de transporte y las pocas vías de comunicación dificultaban también la circulación de las enfermedades.

**La Tosferina (*Chifladora pertusis*):** La Tosferina, como el Sarampión, afectó a la población indígena de manera periódica a lo largo de esta época. Se señalan epidemias en 1924 y en 1925, la primera siendo más grave (Grossman

5. Proceeding of The Society For Propagating The Gospel - «The Mission in Nicaragua» 1931 - Chapter XI - pp.73-109.

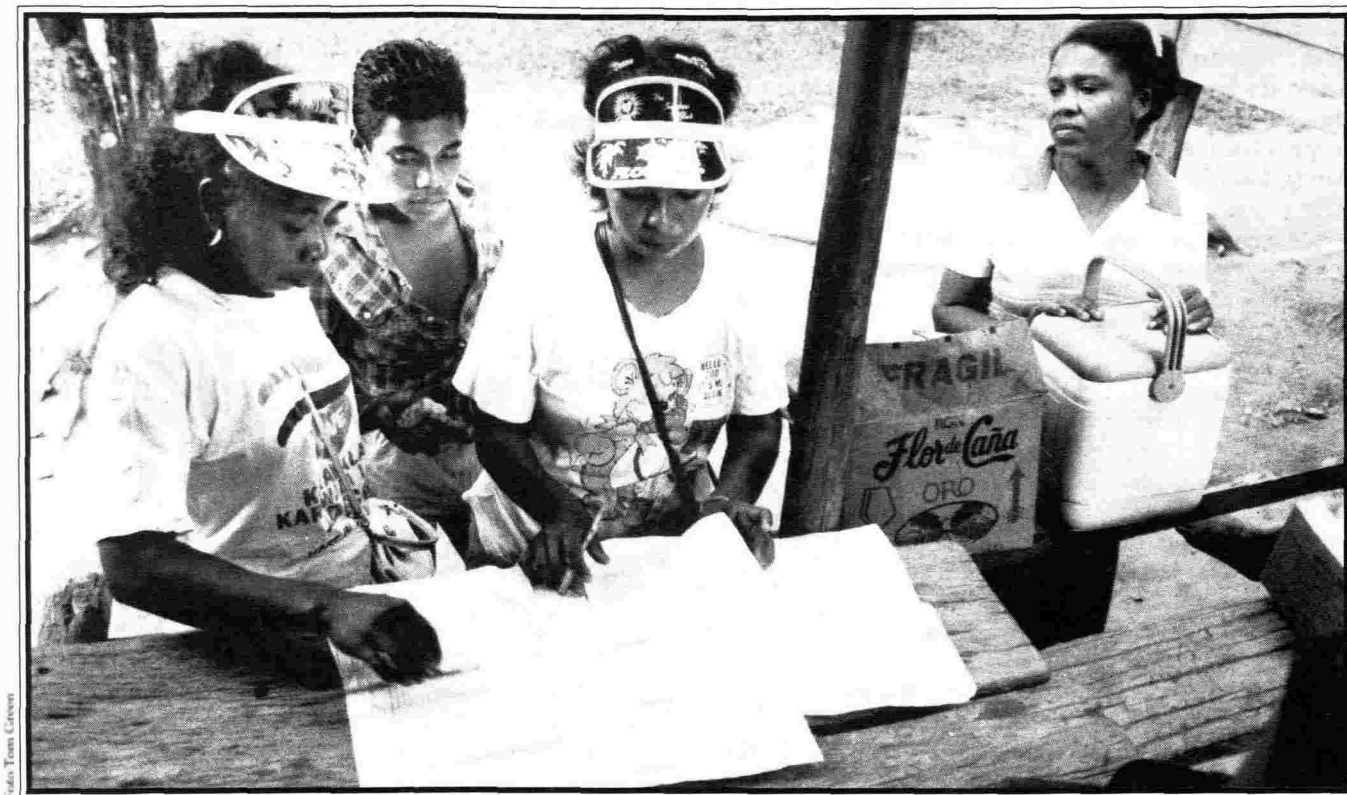
BIOLOGICOS	1956	1957	1958	1959	1960*
ANTIVARIO	3,390	1,540	2,362	3,323	1,308
TIFOIDEA	5,600	5,800	6,504	7,200	2,456
DPT**	110	202	380	478	512

\* 1960: solamente los 6 primeros meses

\*\* DPT : Vacuna contra la difteria, el tétano y la tos chifladora.

Fuente: Minano garcía Max- "Proyecto Piloto de Educación Fundamental del Río Coco"- Informe final. Ministerio de Educación Pública. UNESCO. Managua. Julio 1960. pg. 120.





*Brigadistas de Salud, Karawala, 1994.*

1925). Pijoan, en los años 40, señala una tendencia, durante la primera mitad del siglo, a la disminución de esta enfermedad en el río Coco (Pijoan, 1946, primera parte (I); Moreira, 1958) ni siquiera lo menciona. Tal vez esto explique también las pocas dosis de vacunas DPT (Difteria, Pertusis, Tétano) aplicadas durante la década de los 50 por el PPEF.

Sin embargo tenemos noticias de por lo menos varias epidemias: en Cabo Gracias en 1953;<sup>6</sup> y en el informe final del PPEF se reportan epidemias de Tosferina en 1956 y en 1960. A pesar de esto se aplicaron, en el transcurso de los cinco años y medio, solamente unas 1,680 dosis. Dado que son necesarias tres dosis por persona para lograr la protección, e imaginando que todos recibieron las tres dosis, se habría logrado la inmunización de unas 550 personas en este período. O sea unas 100 por año, cuando únicamente la población infantil era de varios miles.

**Fiebre Amarilla:** Pijoan, basándose en información proporcionada por el Dr. Thaeler, notaba que si bien es cierto que el zancudo vector de esta enfermedad estaba presente en la Costa, no se habían señalado casos de fiebre amarilla en todo el río Coco por lo menos en la primera mitad del siglo. En el año de 1952 se reportaron dos

casos en Siuna, uno de los afectados falleció poco tiempo después de su ingreso en el hospital de la Compañía, donde lo atendió el Dr. Valle López<sup>7</sup> de turno en esta época. El segundo ingreso provocó, según la misma fuente, una movilización de las autoridades sanitarias, la así llamada «salubridad pública». Se inició entonces una campaña de vacunación masiva, aplicándose entre 6000 y 7000 dosis de una vacuna procedente del Ministerio. Se vacunó, en primer lugar, a todos los trabajadores de las minas, para luego extenderse a la ciudad y a la zona rural. Según el Dr. Valle López, esta medida logró su efecto y no se registraron más casos. Sin embargo, Pataki señala dos casos en Sang-Sang, río Coco, y la presencia de brigadas del Ministerio de Salubridad para vacunar contra la Fiebre Amarilla alrededor de Kruta, durante su visita a la zona en 1953 (Pataky, 1956:54).

**Las Salmonelosis y Shigelosis:** Ya para este período de la historia estas bacterias comparten la responsabilidad de lo que se va a denominar más comúnmente la Disentería, que afecta y mata frecuentemente a los niños. Las malas condiciones higiénico-sanitarias explicaban su diseminación:

• Fecalismo al aire libre: Pijoan (1944) responsabilizaba a las defecaciones en el río. En 1958, el Dr. Moreira encon-

6. The Moravian - «Nicaragua» -1953: pp.15-23.

7. Comunicación personal con el Dr. Valle López.

tró un 88 - 90 por ciento de fecalismo al aire libre en la zona rural. En el Waspam de aquel entonces, 95-99 por ciento de las casas estaban dotadas de letrinas. Max Minano García señala que en general las casas estaban desprovistas de letrinas en las comunidades (Minano García, 1960).

- Agua de consumo de mala calidad y contaminada por heces humanas y de animales, basuras, putrefacción de animales, etcétera. (Sandoval, 1958: 42; Minano García 1960: 34).

- Mal estado de algunas letrinas que se transformaban en focos de contaminación (Pijoan, 1946:179)

- La introducción de la leche en polvo y el uso de la pacha, por lo que se reconstituía una leche con agua contaminada, además de desplazar las prácticas de lactancia materna. Estas «aperturas comerciales negativas» han sido denunciadas en todo el tercer mundo como especialmente nocivas para la niñez de esos países.

El resultado de todo esto era una alta incidencia de *Shigella Flexneri*, más particularmente en los pueblos de mayor tamaño, donde hasta la tercera parte de la población podía estar afectada. La enfermedad era endémica a lo largo del año, con una mayor incidencia al inicio del invierno (mismo pico epidémico que la diarrea común), y responsable de una alta mortalidad en los niños (hasta en un 10 por ciento, según Pijoan (1946:178).

En cuanto a la Tifoidea y otras enfermedades emparentadas (*Salmonelosis*), no existían de manera endémica (Pijoan, 1944: 262). Sin embargo, en los años 50, el Dr. Valle López aplicaba una vacunación sistemática a todos los trabajadores de las minas. De la misma manera, el PPEF aplicó más de 27,500 dosis de una vacuna TAB a lo largo del río Coco en el transcurso de su implementación. Dada la importancia de los medios desarrollados contra estas enfermedades se puede suponer que se hayan dado algunos problemas a finales de la década de los años 40.

**Cólera, Lepra, Tifus, Croup:** No se reportaron casos de estas enfermedades durante este período. Quizás, como sugiere Pijoan, sí hubo presencia de difteria (Croup), pero se manifestó de manera poco grave, sin nunca representar problema de salud pública.

**La Tuberculosis:** Esta enfermedad merece un lugar desafortunadamente privilegiado. Quizás en cierto sentido materializa la ambivalencia, la cara oculta, de la vida de los indígenas en la Costa al ritmo de las Compañías. Su incidencia va a ser considerable y posiblemente se convertirá en la primera causa de mortalidad de los jóvenes mayores de 20 años.

La Tuberculosis se encuentra tempranamente reportada en la región (Brindeau, 1922: 110; Grossman 1931: 87-

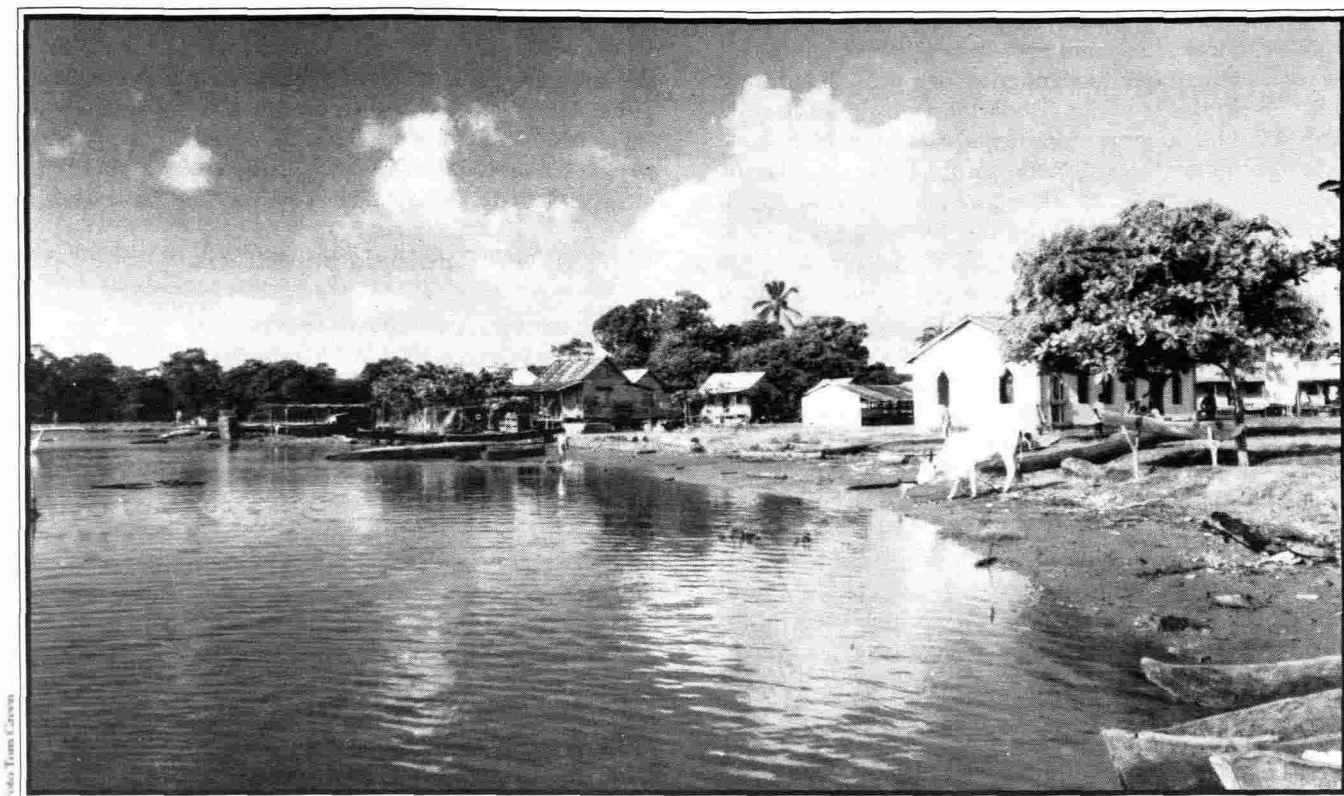
88; Mueller 1932:42); pero, a partir de cierto momento, su relación con la actividad minera se hace explícita. Pijoan (1944), hablando de esta enfermedad en la Costa, escribía: «... Fever, cachexia, hemoptysis symptoms which developed rapidly and often terminated in death were common in the younger Indians who worked in mines. The other fact is that such clinical findings were rare among Indians living in isolated villages and in those who subsisted on game and agriculture...». El Dr. Thaeler la tenía como una de las principales enfermedades en el río Coco, que afectaba casi el 20 por ciento de la población (Thaeler, 1959: 6). De hecho, en 1954, el hospital se amplió de un sanatorio bautizado «La Esperanza», con capacidad para 18 camas. Sandoval (1958:49) establece una relación causa-efecto entre la Tuberculosis y las condiciones de trabajo en las minas, que probablemente refleja una visión popular en la época.

Varios estudios confirmaron esta situación: El Dr. Moreira, en su tesis, en 1958 (pág.39 y 47-48), señala que una investigación realizada en el centro de salud de Waspam había revelado siete casos positivos sobre 100 láminas recolectadas en la población del casco urbano de Waspam, y de 40 láminas positivas en 200 exámenes de esputo de la zona rural -lo que traduce una positividad del siete por ciento y 20 por ciento respectivamente de láminas examinadas. No se sabe con precisión cómo se tomaron las muestras (¿pacientes con síntomas respiratorios de más de 15 días de duración?) ni la edad, sexo, y ubicación geográfica de los examinados rurales; pero este estudio confirma una amplia presencia del Bacilo de Koch en la población indígena.

El Dr. Valle López, médico jefe del hospital de Siuna, no confirmará esta situación a pesar de haber efectuado los controles médicos a los mineros por 10 años. Según el Dr. Valle, cuando llegó a Siuna, en 1950, encontró nada más dos casos de Tuberculosis. En el transcurso de los diez años siguientes se diagnosticaron solamente 18 pacientes más, a pesar de que las Compañías realizaban un control médico periódico (cada 6 meses) a todos sus trabajadores con exámenes clínicos, biológicos y radiológicos. Además, el hospital de la Compañía disponía de tuberculina (de un costo relativamente alto) para realizar una prueba inmunológica (Intradermo-reacción), y de dos antibióticos de los más efectivos entonces, como son la Isoniazida y la Estreptomicina.

¿Cómo podríamos entonces entender esta situación? A pesar de disponer de casi todos los medios científicos disponibles en la época, la Compañía no encontró en sus trabajadores rastros de esta temible infección.

En el plano jurídico -según Thomas Karnes (1978: 114)-, las Compañías fueron obligadas a cumplir algunas obligaciones/prestaciones hacia sus trabajadores, hasta muy tarde en este siglo. Recalcaba el contraste entre la actitud paternalista de los dueños de la Standard Fruit en Honduras, y la actitud del gobierno nicaragüense para con sus trabajadores. Según Karnes, el primer acto de compensa-



Walpa, 1994.

ción a los empleados se volvió efectivo en 1930; contemplaba solamente una indemnización de 30 dólares en caso de defunción por accidente laboral. El código del trabajo publicado en 1945 resultó más una enumeración de principios que una serie de obligaciones. De esta manera, las Compañías hacían lo que les daba la gana en cuanto a indemnización. En las Minas habrá que esperar hasta el año 1953 para que se cree la Junta de Vigilancia del Trabajo (JNAPS, 1967:19-25 y 47-61). A partir de entonces se establece la doble visita médica por año. Los trabajadores eran clasificados en tres grupos: «A», «B», «C». Los dos primeros (estado de salud excelente y bueno) podían bajar a los pozos, los clasificados «C»-grupo en el cual se incluían los niños-, no. Los expedientes médicos eran revisados por la Junta de Vigilancia del Trabajo en Managua (dependencia del Ministerio del Trabajo), la cual realizaba un doble control antes de devolverlos<sup>8</sup>. Sin embargo, a pesar de este doble filtro, no se detectó ningún caso de silicosis y solamente 18 de Tuberculosis.

Por supuesto que no se trata de dudar de la calidad profesional de nadie pero vale la pena tratar de entender semejante fenómeno.

De lo que tenemos dicho podríamos deducir que antes de que existiera el decreto de creación de las Juntas Na-

cionales de Vigilancia del Trabajo en las Minas, no existía realmente ningún marco legal de protección del trabajador en caso de enfermedad profesional, ni tampoco una regulación del trabajo para los menores de edad. Además de constituir una mano de obra barata, el tamaño de los niños quizás era útil para alcanzar los lugares recónditos de los túneles que funcionaban desde 1941.

Las condiciones de vida de los trabajadores facilitaban la contaminación: vivían en extrema promiscuidad en las barracas construidas para ellos por la Compañía. Tenían una comida de muy mala calidad, además de ser objeto de la atención de todos los dueños de cantinas y burdeles que esperaban recuperar la mayor parte de los salarios. El alcoholismo, muy difundido en estas comunidades de varones aislados de sus familias y esposas, se asociaba frecuentemente a la malnutrición. Por fin, la labor a diario en los pozos y túneles polvorientos de la mina provocaba una irritación permanente de las vías respiratorias, además de saturar el sistema fisiológico de limpieza del aparato respiratorio.

Ahora bien, en lo que concierne al destino de los enfermos, nos encontramos con opiniones contradictorias. Según el Dr. Valle López, durante este período fue aprobada una ley obligando a las Compañías a licenciar los pacientes con una indemnización equivalente a un mes de salario por año trabajado en la empresa. La Compañía tenía también que proporcionar el tratamiento médico has-

8. Comunicación personal con el Dr. Valle López -febrero de 1987- Managua.

ta que estuvieran curados. Según Miss Elma Dixon<sup>9</sup> en aquel entonces enfermera en este hospital de Siuna, los pacientes tenían que escoger entre dos posibilidades : ir al Sanatorio de Aranjuez (Departamento de Jinotega) y recibir el tratamiento gratuitamente, o irse definitivamente a cambio de la suma de 5,000 córdobas (suma relativamente alta en esta época). Los testimonios de las condiciones higiénico-sanitarias del sanatorio de Aranjuez, y en especial la propia valoración del Dr. Valle López, que lo fue a visitar, lo pintan como una «visión de ejército en derrota» (era un médico militar). Es fácil entender entonces cuál de las dos soluciones escogerían los pacientes en caso de que esto fuera cierto. Tenían una enfermedad de evolución relativamente lenta, poco invalidante al inicio, y se les ofrecía una importante indemnización a cambio del tratamiento médico para desaparecer del panorama y las estadísticas.

Pero ¿por qué tan pocos casos diagnosticados? Se puede pensar en varias posibilidades: por una parte existen muchos testimonios que hablan de la característica muy móvil de la mano de obra en la Costa, principalmente entre los indios (recordemos que eran ellos los que asumían los trabajos menos calificados y más duros físicamente). Estos compartían su tiempo entre las actividades de subsistencia en su pueblo (de caza, pesca y agricultura) y actividades asalariadas temporales que les permitían asegurarse una sobrevivencia a lo largo del año. Quizás esta característica explique que los trabajadores al renunciar a su puesto en la mina y al regresar a su pueblo lo hacían antes de pasar la segunda visita médica. Nadie hacía el diagnóstico en este momento. Cuando se presentaba de nuevo a solicitar un empleo, la visita previa detectaba la enfermedad impidiendo entonces su reingreso como trabajador ; pero ya este caso no se contabilizaba como un

caso de la empresa. No afectaba a un trabajador activo.

Al volver a su comunidad, el trabajador contagiaba a sus familiares. Allí, en el río Coco, si bien es cierto que la Tuberculosis fue detectada tempranamente como uno de los principales problemas de salud pública, poco se realizó para limitar el daño (Minano García, 1960: 122) que, evolucionando naturalmente, sin oposición, fue creciendo.

### Patología parasitaria

La patología parasitaria estaba dominada por las parasitosis intestinales y la Malaria, las cuales afectaban principalmente a los niños menores de cinco años y a los ancianos.

**La Malaria:** En este período de la historia, la malaria se sitúa como uno de los principales problemas de salud pública en la Mosquitia, quizás el mayor (Brindeau, 1922:107; Grossman 1931: 87-88; Mueller 1932:42). El primer estudio fue realizado por el Dr. Pijoan en dos comunidades del río Coco : Sáupuka (500 habitantes) y San Carlos, (1000 habitantes) (Pijoan, 1946: 173-175). Unos años más tarde, de mayo a julio de 1951, el Dr. David Thaeler realizaba también una investigación, con una muestra de 1,113 (Thaeler, Arnold y Alving, 1952). Presentamos los resultados por grupos de edad y el porcentaje de láminas positivas en ambos casos (Ver cuadro abajo).

No vamos a comparar estos dos estudios, ni tratar de determinar su relativa «validez», ya que esto no está al alcance de nuestro trabajo. Lo que sí salta a la vista es el alto índice de positividad de las láminas estudiadas en ambos casos. Por cierto existe una diferencia entre los porcentajes de positividad encontrada, posiblemente la realidad oscilaba entre los resultados de ambos. Sin embargo, como lo notó justamente el mismo Pijoan<sup>10</sup>, el Dr. Thaeler tenía ya varios años de estar tratando a los pa-

9. Miss Elma Dixon fue directora del Hospital Grey Memorial de Puerto Cabezas durante los años 84, 85, 86.

EDAD	ESTUDIO Dr. PIJOAN 1946				ESTUDIO Dr. THAELE MAYO-JULIO 1951		
	N	SAUPUKA #	S.CARLOS #	% POSIT.	N	#POSIT.	%POSIT.
MENOR 2 Años	40	6	10	40%	61	20	33%
2-13 Años	254	86	108	76%	490	158	32%
14 y más	75	22	29	68%	562	152	27%
TOTAL	369	114	147	71%	1113	330	30%



bargo, como lo notó justamente el mismo Pijoan <sup>10</sup>, el Dr. Thaeler tenía ya varios años de estar tratando a los pacientes de las comunidades aledañas a Bilwaskarma y en cierta medida había logrado impactar (temporalmente) en la situación de salud de éstas. Esto explica quizás las diferencias encontradas entre Sáupuka (próximo) y San Carlos (alejado), por ejemplo. El *Plasmodium* más frecuente era, en aquel entonces, el *Vivax*.

Pero lo más sorprendente es que el río Coco fue probablemente el escenario del primer experimento farmacéutico de cierta magnitud, realizado en Nicaragua. En uno de sus viajes a los EEUU, el Dr. David Thaeler estuvo en contacto con un grupo de médicos del ejército norteamericano que estaban trabajando en combatir los estragos de la Malaria sobre sus efectivos implicados en la guerra de Corea. El regreso del primer contingente de Corea había sido acompañado por una explosión masiva de los casos de Malaria. Más de 600 hombres enfermos tenían que ser hospitalizados cada semana. El tratamiento con la cloroquina no impedía las crisis de recurrencia en los pacientes afectados. Urgía encontrar un fármaco cuyos efectos secundarios fueran moderados, para ser usado en tratamientos masivos capaces de suprimir las crisis recurrentes (ver: Hankey *et al.* 1953)

Algunos experimentos habían sido realizados sobre grupos de presos «voluntarios» de la cárcel de Statesville (EEUU). Más de 200 presos habían sido puesto en contacto con anófeles portadores del *Plasmodium vivax*. Se experimentaron varios medicamentos, entre ellos la Primaquina <sup>11</sup>. Las primeras investigaciones habían demostrado la eficacia de la Primaquina, pero no todavía de manera satisfactoria su inocuidad; particularmente en el trópico.

En coordinación con el Dr. Thaeler, el experimento va a realizarse sobre las poblaciones miskitas y sumos del río Coco, con la ayuda y supervisión del Gobierno de los Estados Unidos y de la Universidad de Chicago. La sede de este trabajo era el Hospital de Bilwaskarma. El ejército norteamericano asumía el costo total (equipos y medicamentos). En abril de 1951 se inició el experimento con cuatro grupos distintos de pacientes: tres grupos recibieron, durante 2 días, un tratamiento con Cloroquina y un tratamiento con Primaquina por 14 días, con dosis de 10 mgel



Walpa, RAAS, 1994

primer grupo, 15mg el segundo y 20 mg el tercero. El cuarto grupo no recibió la Primaquina (grupo testigo) sino que únicamente la Cloroquina. Los pacientes fueron estudiados a los 60, 90, 120, 150, y 360 días. Se estudiaba el número de recaídas en cada grupo. Todos los pacientes en estudio fueron hospitalizados<sup>12</sup>, quizá para la vigilancia farmacológica. Fue un estudio muy grande ya que las comunidades estudiadas estaban muy lejos del hospital. A lo largo del tiempo fue difícil encontrar a los pacientes de nuevo.

Es difícil de conocer todas las consecuencias que tuvo este estudio. Sobre las poblaciones indígenas posiblemente no hubo mayores problemas de toxicidad; la Primaquina continúa siendo la base, con la Cloroquina, de los actuales programas de lucha contra la Malaria. La dosis aplicada varias décadas más tarde se mantenía en 15 mg diarios por 14 días y no fue sino hasta la segunda mitad de los años 80 que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) acortó el esquema terapéutico estandar de la Primaquina a cinco días, en lugar de 14.

Sin duda este experimento farmacológico, en el marco de las actividades de esta investigación sobre la Malaria, tuvo mucha importancia para sustentar los programas a nivel latinoamericano -y quizá mundial- de lucha contra la enfermedad. En Nicaragua, por varias décadas, el pro-

10. «The possible reason for the lower incidence of malaria at Saulpaca is that within a few miles of this community Dr. David Thaeler maintains his clinic and hospital. Thaeler has furthermore been instrumental in teaching the people the principles of swamp drainage and malaria control. It would be reasonable to expect that in the proximity of Bilwas Karma where certain public health measures have been introduced to expect a decreased incidence of disease...» (Pijoan, 1946:174-175).

11. COOPER Clark, MYATT Albert V., HERMANDEZ Thomas, JEFFERY Geoffrey M. and COATNEY G. Robert - «Studies in Human Malaria: Comparison of PRIMAQUINE, ISOPENTAQUINE, SN-3883 and PAMAQUINE as curative agents against Ghesson Strain Vivax Malaria» - American Journal of Tropical Medicine and Hygiene 2pp949-957).

12. The Moravian - «Nicaragua»-1953 pp:15





yo conocido de los EEUU, a tal punto que se dice que sus trabajadores recibieron sueldos en dólares durante muchos años. Siempre fue un programa muy bien estructurado, supervisado a todos los niveles y bastante efectivo. Los censos que realizaban los empleados para su trabajo de campo han sido generalmente considerados de los más confiables y precisos.

En la zona intervenida, el resultado del experimento fue positivo, como lo demostró un estudio comparativo efectuado en 1952 en las mismas cinco comunidades: la positividad de las láminas estudiadas cayó dos por ciento (Thaeler *et al.*, 1953). A nivel organizativo fue también el inicio de un trabajo de colaboración entre los diferentes organismos que laboraban en el río: la brigada sanitaria del PPEF, el SNEM y el Hospital de Bilwaskarma. Entre 1955-1960, 60 comunidades del río Coco fueron fumigadas con DDT. Se capacitó a los maestros para la vigilancia de los casos. Como resultado, se logró bajar la incidencia de la Malaria, la cual pasó a un segundo rango, detrás de la Tuberculosis, como problema de salud.

En la región de las Minas, el Dr. Valle López no observó muchos casos de Malaria. Evocaba las fumigaciones efectuadas con el DDT. Sin embargo, Pataky (1956) señalaba que, entre otras plagas, el pueblo miskito de Alamikamba estaba infestado por la Malaria. Así que posiblemente los pacientes no llegaban al hospital de la mina, ya que no podían pagar. Se conocía, desde varias décadas antes, el uso de la Cloroquina/Quinina para tratar las fiebres. La falta de accesibilidad económica y geográfica a las unidades de salud favoreció la práctica de automedicación

por parte de la población pobre. Los medicamentos estaban en venta libre en las tiendas de los comerciantes chinos. Esto explicaría también la negatividad de numerosas muestras de sangre a pesar de presentar, el paciente, todos los síntomas clínicos de la enfermedad (Moreira, 1958).

**Las parasitosis intestinales:** Las prácticas de defecación al aire libre, el consumo de aguas contaminadas, la falta de higiene en la preparación de los alimentos o en el cuidado de los niños, la convivencia con los animales, etcétera; contribuían a una contaminación masiva y cotidiana de las poblaciones indígenas. El resultado era una alta prevalencia de diarrea, la cual era una de las primeras -sino la primera (60 por ciento)- causas de mortalidad infantil (Smutko, 1975: 71).

La literatura está llena de descripciones de niños con distensiones abdominales impresionantes. No entraremos en detalles, pero sobran datos referentes a los Nematodos (entre los cuales se destacan: *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* y las Uncinariasis debidas a *Necator americanus*). Vale la pena destacar el hecho que tanto *Trichuris* como *Necator* son parásitos que se nutren de sangre, provocando y/o agravando, en el organismo afectado, una anemia. Las Teniasis no superaban el 3 por ciento de los casos de parasitosis.

La Amibiasis y la Giardiasis, presentes en la literatura desde los años 40, tienen un peso menor en las diarreas: ocuparían un rango que oscila entre el dos y el siete por ciento de las afecciones parasitarias intestinales (Pijoan, 1946; Moreira, 1958).

En cuanto a las Esquistosomiasis, Pijoan va a ser el único en mencionarlas para señalar su ausencia en Nicaragua, Guatemala, Honduras y El Salvador. Las Filariasis también serían desconocidas: en particular la Oncocercosis, responsable de numerosos casos de ceguera en el sur del planeta, no habría sido identificada, a excepción de dos casos detectados por el Dr. Pijoan (Pijoan, 1946:167-168). Nadie más hará la más mínima referencia a estos dos grupos de enfermedades sin que ningún estudio serio haya sido nunca realizado (el Centro de Salud de Waspam no realizaba la búsqueda de Microfilarias en la sangre fresca).

Las Leishmaniasis, la enfermedad de Chagas, las Fasciolosis, no son ni siquiera evocadas; lo que es extraño, sobre todo en el caso de la primera, ya que provoca lesiones cutáneas de tipo ulcerativas crónicas y visibles. En los años 80 tenía una incidencia no nula.

## Aspectos originales de la medicina general

**Las anemias** : son extremadamente prevalentes en toda la Mosquitia a partir de los años 40 (Pijoan, 1946:159; Minano García 1960: 123), afectando prioritariamente a los niños y las mujeres. Resultan de una combinación de factores entre los cuales figuran : la Malaria, la parasitosis intestinal, las carencias alimentarias (sobre todo en la temprana infancia), los embarazos múltiples en el caso de las mujeres en edad fértil y quizás la práctica de ingestión de tierra arcillosa que tanto niños como mujeres realizarían.

**Las infecciones respiratorias**, tipo neumonía o bronconeumonía, cargan una fuerte responsabilidad en la morbilidad infantil en algunos períodos del año (Pijoan, 1946:172).

**Enfermedades dermatológicas**: les corresponderá un lugar muy especial, no tanto por la frecuencia de las lesiones micóticas, ni las infecciones o las lesiones provocadas por algunas pulgas exóticas, la sarna, las miasis o los famosos «jejenes»: las comunidades convivían con esto. Sino más bien por el tristemente famoso «mal de pinto». Se trata de una afección producida por un microorganismo de la familia de los *Treponemas*, cuya transmisión no es sexual sino que se realiza por contacto directo o por medio de un vector (zancudo y/o mosca). Se manifiesta por lesiones cutáneas planas, inicialmente hiperpigmentadas, localizadas en las partes descubiertas del cuerpo (brazos, piernas, rostro). Años después ocurre una depigmentación (manchas blancas) e hiperqueratosis (escamas espesas).

Por las necesidades ecológicas del vector (necesidad de un río con suficiente corriente), esta patología estaba localizada en el norte del departamento de Jinotega, pero sobre todo en el Distrito de Cabo Gracias a Dios (río Coco) en la Mosquitia. Sin embargo, la fama de esta afección se expandió mucho más allá de esta zona, fuera del departamento. Alimentará algunos sentimientos racistas, que hacían decir a la gente del Pacífico que los indios miskitos eran gente «pintada» o que tenían el poder de «pintar» a los demás. La verdad es que por desconocimiento, esta dermatosis inspira-

ba miedo, lo que a su vez alimentaba diversas creencias populares de las cuales existían por lo menos dos variantes; por un lado se decía que las mujeres miskitas sabían preparar comidas o bebidas que podían contaminar al hombre («español», del Pacífico) que amaban. Al enfermarse el hombre nunca regresaba al Pacífico por pena (Pataky, 1956: 54).

Otra versión, menos romántica, atribuía este mismo poder a los miskitos, que lo usaban contra sus enemigos, o en caso que alguien les hubiera mostrado asco. Se presumía que la bebida o la comida estuvieran elaboradas con escamas de personas afectadas mezcladas con agua de coco, leche o «Wabul». Cuando por fin se descubrió que el agente patógeno *Treponema carateum* pertenecía a la misma familia biológica que la sífilis, el prejuicio se hizo aún mayor (Sandoval, 1958: 45-46 ). Y por unos cuantos años más se asimiló la **pinta** a una de estas «penosas» enfermedades venéreas.

En los datos epidemiológicos que se encontraron, un hecho resalta: la prevalencia de la enfermedad es bastante importante y pudo alcanzar, en los años 40, al 10 por ciento de la población. Algunas comunidades estaban más

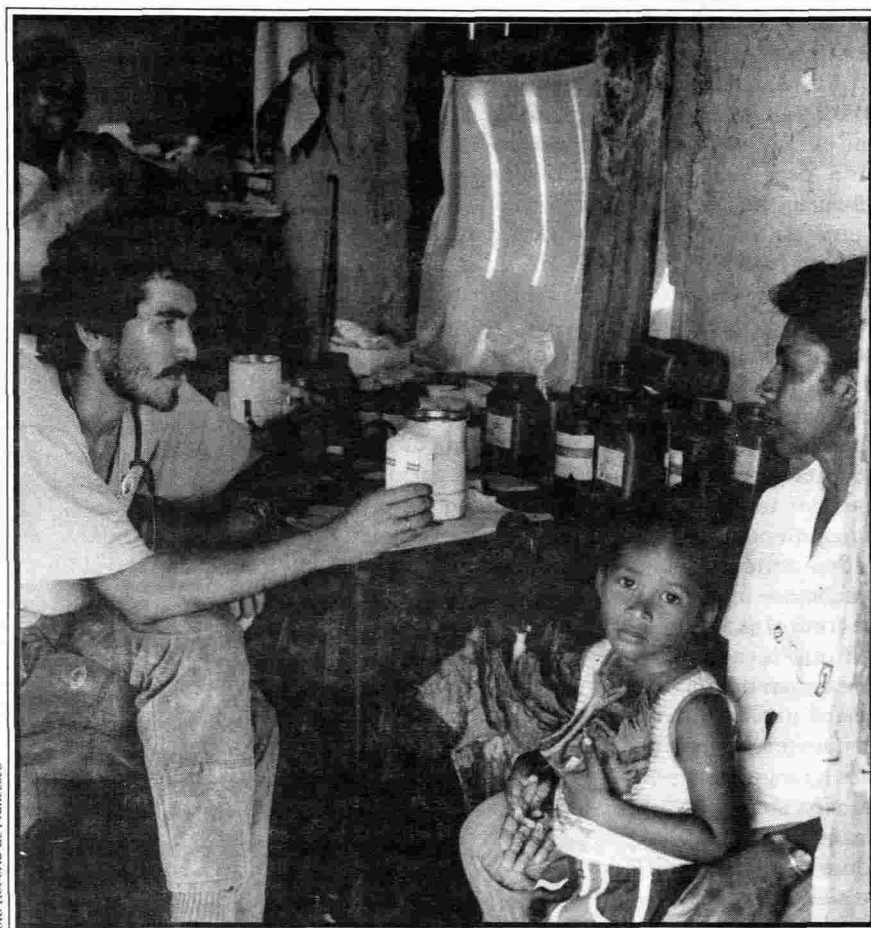


Foto Roberta de Francesco

Ayuda cubana, Blue fields, 1988

afectadas que otras, principalmente las comunidades de río abajo y alrededor de la desembocadura del río Waspuk (véanse Pijoan, 1946 II; Moreira, 1958:48; Pataky, 1956:54). Esta comprobado que la «pinta» es una endemia rural o semiurbana, que afecta más a las personas que viven en hacinamiento y con condiciones higiénico-sanitarias deficientes. Se observa con mayor frecuencia en el campesinado. En la Costa, las mujeres van a ser particularmente afectadas (59 por ciento, según Cantón 1964), quizá por estar más expuestas al vector: permanecían de muchas horas en el río para lavar, y en los campos donde asumían la carga principal de las tareas agrícolas.

Los primeros estudios fueron realizados en 1950 por el Dr. Leopoldo Navarro, jefe del Departamento de Anatomopatología del Hospital General de Managua, detectándose la presencia de *Treponema carateum* en las biopsias de piel de pacientes. Cinco o seis años más tarde, la brigada sanitaria del PPEF trató de aplicar el tratamiento en algunas comunidades, pero al terminarse su misión persistían varios miles de personas afectadas todavía en el río.

**La sífilis:** La sífilis domina completamente el marco de las enfermedades venéreas de la época. Constituía una de las cuatro principales motivos de la consulta del Reverendo Dr. Grossmann (Grossman, 1931). Conzemius (1984:247) precisa que ocurre en las comunidades de mayor tamaño y en el litoral costero. Pijoan confirma también este hecho, citando Waspam, San Carlos y Bilwaskarma; sin que esta enfermedad constituya un problema de Salud Pública particularmente serio en el río (Pijoan, 1946 II).

Diferente era la región de las Minas, los campamentos forestales o Puerto Cabezas. Allí, cada fin de semana, después de recibir su sueldo, el trabajador caía en las garras de los dueños de las múltiples cantinas y prostíbulos, cuyo jefe de orquesta era el comandante de la Guardia. El Dr. Valle López, quien además de ser el médico director del hospital cumplía la función de delegado sanitario *ad honorem*, tenía bajo su responsabilidad los problemas de saneamiento de la ciudad y la vigilancia de las enfermedades venéreas. Las prostitutas estaban obligadas a practicarse un examen clínico (realizado por el médico) y un control sanguíneo (VDRL = prueba para la sífilis). Esto se cumplía cada viernes, ya que el sábado era día de pago. El examen del médico era gratis, sin embargo, el sistema dejaba mucha libertad en este particular. Varios testigos destacaron la probidad del Dr. Valle López cuando él estaba a cargo, pero no así del técnico de laboratorio, que se tomaba sus «mordidas». De todas maneras, estas medidas eran simbólicas y, por supuesto, no lograban impactar sobre la enfermedad; la prostitución clandestina continuaba siendo la regla.

*Traducción de Danilo Salamanca.*

## Bibliografía

- Bell, Charles Napier (1899). *Tanweera. Life and Adventures among gentle savages*. Edward Arnold Publisher. London.
- Borhek, Mary Virginie (1949). «*Watchmen on the Walls: Moravian Missions in Nicaragua during the last fifty years*». Society for the Propagating the Gospel. Bethlehem, Pa.
- Brindeau A. (1922) *Histoire de la Mission Morave a la Cote des Mosquitos (Nicaragua) ; 3 periodes de 1894 a nos jours*. Strasbourg. 1922 pp.99-141
- Cantón, José Antonio (1964). «Programa del Mal de Pinto en el Río Coco» (ms). Managua. D.N.
- CIDCA (1986) «Algunos apuntes sobre la historia de Puerto Cabezas». Mimeografiado. Puerto Cabezas.
- Conzemius, Edouard (1984). *Estudio Etnográfico sobre los Indios Miskitos y Sumos de Honduras y Nicaragua*. Libro Libre. San José (Costa Rica). Traducción al español del original del mismo título publicado en inglés en 1932 por la Smithsonian Institution.
- Dejour, Dominique. (1988). *Santé dans la Mosquitia Nicaraguayenne: approche des stratégies de santé des Conquistadors aux Sandinistes*. Tesis para obtener el grado de doctor en medicina presentada en la Universidad Claude Bernard (Lyon 1).
- Dozier Graig L.(1985) «*Nicaragua's Mosquito Shore*», The years of British and American Presence. University of Alabama Press. 1985. pp. 204.
- Fellechner, Muller y Hesse, (1845). *Bericht uber die im hochten Auftrage bewirte Untersuchung einiger Theile des Mosquitolandes, erstattet von der dazu ernannten Commission (mitzwei Karten und drei Abbildungen)*. Verlag von Alexander Duncker, koniglichem Hofbuchhandler, Berlin.
- Grossman, Guido (1931). «*Nicaragua, Report of the Mission Province*». *Proceeding of the Society for Propagating the Gospel Chapter XI*. 1931
- Hankey D., Ralph Jones Jr., Robert Coatney , Alf S. Alving, Walter G. Coker, GARRISON Paul L. Garrison y William N. Donovan (1953) «*Korean Vivax Malaria: Natural History and Response to Cloroquine*» - *American Journal of Tropical Medecine and Hygiene* 2: pp.959-969.
- Helms, Mary (1971) *Asang: Adaptations to Culture Contacts in a Miskito Community*. Universtity of Florida Press. Gainesville.
- JNAPS (Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social) (1967) «*Memorias 1966*» - Extensión del Seguro Social a las Minas - Anexos 3 a 8. Talleres de la Imprenta Nacional. Managua D.N. Abril 1967.

- Karnes Thomas L. (1978). **Tropical Enterprise: The Standard Fruit and Steamship Company in Latin America**. Luisiana State University Press.
- Mahony Eileen (1980). «Informe de la clínica Santa Inés - Waspam, Río Coco (1945-1980)- preparado para el Ministerio de Salud». Puerto Cabezas.
- Meschkat, Klaus; Eleonore von Oertzen, Ernesto Richter, Lioba Rossbach & Volker Wunderlich (editores). 1987. **Mosquitia- Die andere Hälfte Nicaraguas: über Geschichte und Gegenwart der Atlantikküste**. Junius Verlag. Hamburg.
- Minano García, Max (1960). «Proyecto Piloto de Educación Fundamental del Río Coco». Informe Final. Ministerio de Educación Pública/Unesco. Managua.
- Moreira, Alvaro (1958). «Actuales condiciones sanitario-sociales de la región del Río Coco» - Tesis doctoral. Universidad Nacional de Nicaragua.
- Mueller, Karl A. (1932) **Among Creoles, Miskitos and Sumos. Eastern Nicaragua and its Moravian Missions**. Comenius Press. Bethlehem, Pa. 1932.
- Pataky, Laszlo (1956) **Nicaragua Desconocida**. Editorial Universal. Managua D.N.
- Pijoan Michel (1944). «The Miskito Indians». **America Indígena**, vol 4. pp 255-263.
- Pijoan, Michel (1946). «The Health and Customs of the Miskito Indians of Northern Nicaragua. Inter-relationships in a Medical Program» **América Indígena** Vol.6, No. I y II, pp. 41-66 y 157-183.
- Pijoan Michel (sin fecha). «Estudio Preliminar del Estado de Salubridad en la Región del Río Coco en Relación a un Programa de Entrenar Practicantes Indígenas». Documento D-0132, en la Biblioteca del CIDCA.
- Proceeding of The Society for Propagating The Gospel (1927-1933). Bethlehem Pa.
- Rodríguez Masís, René (1978) «La Costa Atlántica de Nicaragua -Estadísticas básicas y Bibliografía analítica de una década 1968-1977». Universidad Centro-Americana. Managua - Nicaragua.
- Rossbach, Lioba (1987). «'...die armen wilden Indianer mit dem Evangelium bekannt machen' Die Herrnhuter Brüdergemeine an der Moskito Küste in 19. Jahrhundert» in Meschkat *et al.* (editores) (87).
- Sandoval Valdivia, Elba. (1958) **Costumbres y Folklore del pueblo miskito**. Publicación del Ministerio de Educación Pública. 1956/1957. Talleres Nacionales. Managua.
- SmutkoGregorio (1975). **Pastoral Indigenista. Experiencia entre los miskitos**. Ediciones Paulinas. Bogotá.
- Thaeler, David (1959) «Medical Mission in Nicaragua - Past, Present, Future» - **The Moravian**, Marzo 1959 pp.3-7.
- Thaeler A.D.Jr., John Arnold y Alf S. Alving (1953) «A Clinical Study of Primaquine (S.N. 13,272) in the Treatment of Malaria among the Miskitos Indians of Nicaragua» - **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene** 2:pp.989-999.
- Wilson, John.(1975) **La Obra Morava en Nicaragua**. Seminario Bíblico Latinoamericano. San José, Costa Rica.



Foto Judith Sandoval