

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-LEÓN

FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS



Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía

Escenario de salud después de un desastre Natural (Huracán Félix) y percepción de la población de las Brigadas Médicas de UNAN-León, Tasba Pri- RAAN, 2007- 2008.

AUTOR:

Bra. Claribel Del Carmen Guido Aguilar

TUTORES:

Dr. Edgar Peña Galo MPH.

Dr. Andrés Herrera Rodríguez PhD.

León, Noviembre de 2010

Resumen

Los asentamientos indígenas de la Costa Caribe, tienen estructura definida y organizada, una combinación de pobreza y degradación ambiental, lo que la convierte en una zona vulnerable.

El objetivo del estudio fue determinar las morbilidades más frecuentes en la comunidad de Sahsa post-Huracán Félix en el período de octubre 2007 y mayo 2008 y la percepción que tienen los pobladores acerca de la intervención de las brigadas médicas de la UNAN-León.

Se realizó un estudio cuali- cuantitativo, en la zona de Tasba Pri, donde se evaluó la frecuencia de la morbilidad post huracán y con el componente cualitativo se conoció la percepción de la comunidad a través de Grupos Focales.

Resultado, los motivos más comunes de consulta fueron IRAs, IVUs y Neumonía. También, se encontró buena percepción de los pobladores hacia las brigadas médicas enviadas por la UNAN-León.

Conclusión: Las patologías estadísticamente asociadas más frecuentes al período posthuracán fueron: IRAs, IVUs y Neumonía. Además se encontró una buena aceptación por parte de la comunidad de las brigadas médicas enviadas por la UNAN- León.

Palabras Clave: Morbilidad, Tasba Pri, Huracán Félix

INDICE

Tabla de contenido

I.- INTRODUCCIÓN.....	1
II.- ANTECEDENTES.....	3
III.- JUSTIFICACIÓN.....	5
IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
V.- OBJETIVOS	7
5.1.- General:	7
5.2.- Específicos:.....	7
VI.- MARCO TEÓRICO.....	8
6.1.-Modernización y Colonización Mestiza (1960-1970).....	9
6.2.- Tiempos de Guerra (1981-1990).....	10
6.3.- Período de posguerra y transición de la democracia	12
6.4.- El índice de desarrollo humano de las regiones autónomas de Nicaragua.....	13
6.5.- Educación	14
6.6.- Salud	15
6.7.- Condiciones higiénico-sanitarias.....	17
6.8.- Situación de la niñez	18
6.9.- Principales problemas del sector salud en la RAAN y la RAAS:	20
6.10.- IMPACTO DEL HURACAN FÉLIX	21
6.10.1.- Atención de la Emergencia de Salud.....	22
6.10.2.- Acciones de la UNAN-León en atención de Salud	23
6.10.3.- Solidaridad en los municipios fuera de la RAAN ^(16, 18)	25
VII.- DISEÑO METODOLÓGICO	27
7.1.- Tipo Estudio	27
7.2.- Universo.....	27
7.3.- Población	28
7.4.- Ubicación Geográfica.....	28
7.5.- Organización Comunitaria.....	28
7.6.- <i>Organización de los servicios de Salud:</i>	29
7.7.- Muestra:	29
7.8.- Obtención de la información.....	30
7.9.- Análisis de la información.....	32
7.10.- Aspectos Éticos.....	33
VIII.- RESULTADOS	34
IX.- DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	40
X.- CONCLUSIONES.....	47
XI.- RECOMENDACIONES	48
XII.- BIBLIOGRAFÍA	49
XIII.- Anexos	53

Lista de Abreviaturas

EDAs	Enfermedades Diarreicas Agudas
IRAs	Infecciones Respiratorias Agudas
IVUs	Infecciones de Vías Urinarias
HTA	Hipertensión Arterial
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
UNAN	Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
MINSA	Ministerio de Salud
RAAN	Región Autónoma del Atlántico Norte
PLN	Partido Liberal Nacionalista
FAO	Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y Alimento.
EPS	Ejército Popular Sandinista
OEA	Organización de Estados Americanos
IDH	Índice Desarrollo Humano
RAAS	Región Autónoma del Atlántico Sur
BICU	Blufields & Indian Caribbean University
URACCAN	Universidad de la Región Autónoma de la Costa Caribe Nicaragüense
SEAR	Sistema Educativo Autonómico Regional
SINEVI	Sistema Nacional de Estadísticas Vitales
AMC	Acción Médica Cristiana
ACH	Acción Contra el Hambre
PMA	Programa Mundial de Alimentos
EPIDAT	Programa para Análisis Epidemiológicos de Datos Tabulados
VPCD	Vigilancia para Crecimiento y Desarrollo
CPN	Control Prenatal
PF	Planificación Familiar
APS	Atención Primaria en Salud



I.- INTRODUCCIÓN

La Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN), posee una población mayoritariamente indígena (Miskitos, Mayagnas), es una de las más pobres del país, con diversas costumbres y tradiciones. ⁽¹⁾

Estas comunidades como en cualquier parte de nuestro país, presentan sus características particulares, entre estas encontramos: exclusión social de las personas, aislamiento geográfico y vulnerabilidad ante diversos desastres, lo que ocasiona el deterioro en las condiciones de vida, si a esto le agregamos problemas de desnutrición, falta de agua potable, infraestructura deteriorada, limitación al acceso de los servicios de salud, recursos humanos no preparados, abastecimiento insuficiente de medicamentos, hacen que estas personas sean más susceptibles a padecer un sinnúmero de enfermedades, tales como: enfermedades diarreicas agudas (EDAS), infecciones respiratorias agudas (ERAS), dengue clásico, tuberculosis, malaria; Todo ello influye de manera negativa en la calidad de vida de estas personas, lo que da lugar a que sigan aumentando los índices de mortalidad materna e infantil en esta región. ^(1, 2, 3)

En septiembre del año 2007, el paso del Huracán Félix por Nicaragua, causó grandes pérdidas humanas y materiales en la zona de Tasba Pri, favoreciendo el aumento de la morbilidad, como enfermedades diarreicas (EDAS), Respiratorias (ERAS) y Renales (IVU), así como la presencia de brotes y epidemias en la mayoría de las comunidades de esta región.

Es importante mencionar el valioso aporte brindado por la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN-León, que laboraron en los momentos críticos tras el paso del huracán Félix, a través de brigadas médicas que realizaron actividades de promoción en salud y prevención de enfermedades en las comunidades; trabajo



que continúa posterior al huracán mediante la participación de los estudiantes del último año de la carrera de medicina en su rotación de Atención Primaria en Salud (APS), el cual es supervisado por docentes de la misma facultad. Todo esto representa un reto importante, en cuanto a la capacidad de generar respuestas a la población y por otro lado la experiencia de intercambiar nuevas costumbres y conocimientos con la población. ^(5, 18)



II.- ANTECEDENTES

Los asentamientos indígenas anteriores a la conquista en el Caribe nicaragüense estaban bien definidos y organizados de forma dispersa alrededor de una cierta forma de territorialización de base étnica, que coincidía con las cuencas hidrográficas, entre los que se encuentran: Miskitos, Mayagnas, Garífonas, Ramas, Creoles y Negras, estos forman parte del escenario multiétnico y pluricultural del país, representando cerca de medio millón de habitantes. ⁽¹⁾

El nivel de inaccesibilidad a los servicios de salud es del 75% en comunidades creole/negro, miskitos y mayagnas, donde esta demanda es alta pero los recursos humanos y materiales son pobres. Ejemplo claro de esto se representa en Tasba Pri, donde solamente se cuenta con 4 enfermeras para 20,000 habitantes, dando una razón de 5,000 habitantes por enfermera. ⁽⁸⁾

La combinación de pobreza y degradación ambiental en el país ha generado enclaves de alto riesgo en un país ya reconocido por su vulnerabilidad ante los desastres naturales (sismos, erupciones volcánicas, huracanes, derrumbes, sequías), que al sumarlos todos han generado grandes daños al país y sus habitantes. ^(2, 4, 5)

En Nicaragua se pueden mencionar algunos fenómenos naturales que han sobresalido en los últimos 35 años: el terremoto de Managua en 1972; las inundaciones de 1982; el huracán Johanna en 1988; la erupción del volcán Cerro Negro en 1992; el maremoto de septiembre de 1992; el huracán Cesar en 1996, los efectos del Niño entre 1997 y 1998; y el huracán Mitch en 1998. Además se incluye las tormentas tropicales que se forman entre los meses de



agosto y noviembre causando muchas pérdidas humanas, materiales y daño ambiental. ⁽⁴⁾

Dentro de este contexto se encuentra el daño causado por el Huracán Félix en la RAAN, el cual provocó daños ambientales, pérdidas tanto humanas como materiales. Por otro lado traumas psicológicos y sociales, siendo la población infantil que es la más afectada. ^(4, 5, 6,7)

El trabajo realizado por las Brigadas Médicas enviadas por la UNAN-León, reforzó el trabajo de otras organizaciones no gubernamentales, como: Acción Medica Cristiana (AMC), Programa Mundial para Alimentación (PMA), Acción contra e Hambre (ACH), que ya se encontraban apoyando a estas comunidades antes del huracán, es decir combinaron sus esfuerzos con el objetivo de mejorar la situación comunitaria y en términos de salud y ambiente. ^(6, 10, 11, 12)



III.- JUSTIFICACIÓN

Los habitantes de las regiones autónomas de la Costa Caribe: pueblos indígenas, afro descendientes y comunidades étnicas forman parte del escenario multiétnico y pluricultural del país, quienes poseen un mayor grado de pobreza en relación a otros departamentos del país, lo cual se evidencia en la calidad de las viviendas, pobre acceso a servicios básicos, baja seguridad alimentaria, instrucción escolar y servicios de salud; por otro lado se observan expresiones de inequidad entre los grupos siendo estos los principales elementos implicados en la vulnerabilidad social, no hay que olvidar la extrema pobreza que se vive en esta región, que es la mejor aliada para los desastres naturales. ^(1, 3)

Por lo antes mencionado, en el presente estudio se exploró el comportamiento que ha tenido la morbilidad en situaciones de desastres naturales (huracán) que supone una emergencia y la morbilidad en períodos regulares en los cuales no existe una situación de emergencia. Además explorar el territorio de Tasba Pri con el objetivo de conocer la estructura de las autoridades comunitarias, limitaciones en salud y para el desarrollo reconocidas por los líderes, así mismo conocer la aceptación que tiene la comunidad de las intervenciones realizadas por las brigadas médicas de la UNAN-León y en que otras áreas se les puede apoyar para mejorar su calidad de vida.



IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los huracanes y los fenómenos naturales son muy frecuentes en América Latina y Centroamérica, producen anualmente pérdidas que se estiman de aproximadamente 1500 millones de dólares y cobran casi 6000 vidas. En Nicaragua el penúltimo huracán fue el Mitch, el tercero más poderoso en el Atlántico dejando 867,752 personas afectadas (19% de la población nicaragüense), siendo el occidente del país el más afectado, dejando consigo traumas psicológicos y sociales. ^(1,4)

Era de esperarse que después del reciente fenómeno natural (Huracán Félix), se incrementaran las epidemias, producto del agua contaminada de ríos y pozos, debido a la descomposición de animales muertos y al no retiro de materias orgánicas en las fuentes de agua, esto trajo consigo, un sin número de enfermedades, siendo las más relevantes las enfermedades infecciosas. ^(5, 6, 10)

Por tal razón después del Huracán Félix que azotó la zona de la RAAN despertó el interés en las autoridades universitarias de la UNAN-León y sobre todo de la Facultad Ciencias Médicas, siendo pertinente conocer:

¿Cuál es el comportamiento de la morbilidad en la comunidad de Sahsa-RAAN un mes después del Huracán Félix y siete meses después y la percepción que tiene la población sobre la intervención de las brigadas médicas enviadas por la facultad de Ciencias Médicas de la UNAN-León?



V.- OBJETIVOS

5.1.- General:

- Determinar la morbilidad en la comunidad de Sahsa post-Huracán Félix en el período de octubre 2007 y mayo 2008 y la percepción que tienen los pobladores acerca de la intervención de las brigadas médicas de la UNAN-León.

5.2.- Específicos:

- Indagar los principales motivos de consulta en la comunidad de Sahsa durante la visita de la tercera Brigada Médica y siete meses después (sexta Brigada Médica) del paso del Huracán Félix.
- Comparar la situación de salud en la comunidad de Sahsa al llegar la tercera Brigada Médica y siete meses después del Huracán Félix.
- Valorar la percepción que tienen los pobladores acerca de la intervención de las brigadas médicas de la UNAN-León después del Huracán Félix.



VI.- MARCO TEÓRICO

Los asentamientos indígenas anteriores a la conquista en el Caribe nicaragüense estaban bien definidos y organizados de forma dispersa alrededor de una cierta forma de territorialización de base étnica, que coincidía con las cuencas hidrográficas. El dominio británico informal en la región del Caribe y la gradual incorporación, a partir del siglo XVII, de la región a la economía mundial, y el tráfico de fuerza de trabajo esclava, marcaron un período de cambios demográficos, sublevaciones, reasentamientos, migración, y transformaciones socioeconómicas.

En 1860, Gran Bretaña firmó con Nicaragua el Tratado de Managua, Zeledón-Wyke, por el cual ambos países acordaron disolver el protectorado británico en La Mosquitia, reconociendo oficialmente por primera vez Gran Bretaña la soberanía del Estado de Nicaragua sobre el territorio. El nuevo gobierno del municipio de la Reserva Mosquita estaba constituido por un consejo general integrado por jefes miskitos, así como por dirigentes rama y creoles de Bluefields, Laguna de Perlas y Corn Island; Mediante el Tratado Harrison Altamirano y la Comisión Tituladora de Tierras, Gran Bretaña reiteró su reconocimiento a la soberanía de Nicaragua sobre la antigua Reserva Mosquita.

El Acta de protección de la tierra, de 1889, declaró que todas las tierras dentro de la Reserva seguían estando bajo el dominio del “Gobierno de la Reserva Mosquitia y sujetas a sus leyes y regulaciones.” El acta limitaba el derecho a poseer arriendos del gobierno sobre tierras públicas a lo largo de la reserva a los nativos y residentes permanentes en los últimos cinco años. ⁽¹⁾

La anexión del municipio de la Reserva Mosquitia bajo el régimen liberal del General José Santos Zelaya en 1894, tuvo como consecuencia una creciente



inmigración de mestizos nicaragüenses, especialmente personal militar, empleados del gobierno, comerciantes, especuladores y empresarios que tomaron posesión de la administración de la reserva, a menudo afirmando de forma violenta su autoridad en la microrregulación de las cuestiones de Estado y de la sociedad civil costeña. Las nuevas fuerzas de ocupación y los funcionamientos de gobierno despojaron a muchas comunidades indígenas y afrodescendientes de tierras y ganado e implantaron fuertes multas e impuestos a los habitantes locales, especialmente a las embarcaciones y servicios de transporte interno e internacional. ⁽¹⁾

La libertad para practicar las formas tradicionales de tenencia y uso del territorio y sus recursos se vio así severamente restringida. Nicaragua como sociedad y como Estado Nacional, nunca reconoció la legitimidad del Gobierno de la Reserva Mosquitia ni su derecho a administrar tierras y recursos naturales de la Costa Caribe. Por tanto, los títulos y arriendos de la reserva carecían de significado en sentido jurídico legal para el Estado de Nicaragua. ⁽¹⁾

El Tratado Harrison Altamirano destaca como la única instancia histórica en la que los reclamos de tierras por comunidades indígenas y afrodescendientes fueron considerados, al menos parcialmente, legítimos debido a sus derechos patrimoniales como sujetos o personas originarias de la Reserva Mosquitia. ⁽¹⁾

6.1.-Modernización y Colonización Mestiza (1960-1970)

Durante las décadas de los sesenta y setenta y bajo el control del régimen de la familia Somoza y del Partido Liberal Nacionalista (PLN), El Estado nicaragüense adoptó fuertes políticas de modernización en la Costa Caribe.

La reorganización de la región tuvo tres componentes principales, cada uno de los cuales conllevó impactos significativos en los regímenes de tenencia de la tierra regionales. El primer componente de estos cambios fue el desarrollo de un



plan forestal nacional para la región, con el apoyo de la Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, FAO. ⁽¹⁾

El segundo componente fue la producción agrícola debido al gran número de trabajadores desempleados en las compañías madereras. Dos nuevas industrias, promovidas por el gobierno nicaragüense, la ganadería extensiva y la recolección de látex del árbol de tuno, *poulsenia armata*, ofrecieron oportunidades económicas que se articulaban bien con los sistemas tradicionales de tenencia de la tierra. Sin embargo, el énfasis en la producción ganadera enfrentó la quema de las tierras del llano para el crecimiento del pasto. Los esfuerzos del gobierno por detener esa práctica lo hicieron entrar en conflicto directo con las comunidades miskitas. Para hacer frente a la situación, el gobierno trató de mover a las comunidades miskitas fuera de las partes claves de la reserva forestal. Como éstas se negaron a moverse, el gobierno otorgó una serie de títulos de tierras a las comunidades que vivían a orillas del río Coco. ⁽¹⁾

El tercero de los componentes de la política estatal hacia la Costa implicó un esfuerzo concentrado para expandir la frontera agrícola. Nuevamente la premisa para justificar esta política fue la tesis y alegato del Estado de que grandes áreas de la Costa Caribe estaban desocupadas y, por tanto, se consideraban tierras nacionales.

6.2.- Tiempos de Guerra (1981-1990)

Con el triunfo de la Revolución Sandinista y el derrocamiento del régimen de la familia Somoza en 1979, los planteamientos nacionalistas y populares crearon un nuevo entorno político y social que facilitó inicialmente el desarrollo y fortalecimiento de la organización social y política miskita. Aunque fuese discutible la amenaza real planteada que contribuyó al fundamento para la insurgencia armada Miskita y Sumu al Gobierno Sandinista en la RAAN actualmente se puede escuchar que pelearon durante la guerra en defensa de



sus derechos sobre la tierra que les pertenecía. Esos temores se fortalecieron con la reubicación masiva de las comunidades sumo y miskitas de las áreas comprendidas entre los ríos Wawa y Coco a los asentamientos de Tasba Pri (Tierra Libre) en 1982. El Ejército Popular Sandinista (EPS), fue, responsable de la mayoría de las reubicaciones. Los distintos grupos guerrilleros Miskitos también trasladaron a una serie de comunidades de la cuenca del río Wawa, incluyendo a varias de las comunidades del proyecto Tasba Raya (Tierra nueva).⁽¹⁾

Aproximadamente ocho mil quinientos Miskitos y Sumu/Mayagnas del río Coco fueron trasladados a proyecto Tasba Pri, establecido a la largo de la carretera que une a Rosita con Puerto Cabezas. Este proyecto introdujo normas de tenencia de las tierras totalmente nuevas, basadas en el modelo cooperativo implementado por el gobierno sandinista en el resto de Nicaragua.^(1, 3, 4)

Junto a la emigración de diez mil miskitos y sumu/mayagnas hacia los campos de refugio en Honduras, el proyecto Tasba Pri cambió radicalmente la forma en que muchos de los pobladores indígenas de la Costa pensaban sobre la tierra y el territorio. Internacionalmente este cambio fue descrito en términos de derechos humanos, tanto por parte de la Organización de Estados Americanos, OEA, en su informe sobre los derechos humanos en el este de Nicaragua en 1983, como por la dirigencia Miskita, cuya alianza con otras organizaciones indígenas ayudo a elevar la conciencia internacional sobre el carácter de su lucha.^(1, 3, 4)

Este enfoque territorial, que vincula el control de la tierra y los recursos con la redefinición de los derechos políticos, influyó de forma importante en la creación del Estatuto de Autonomía en 1987. El capítulo IV, acápite IV, artículos 34-37, codifica este enfoque reconociendo los derechos de los gobiernos autónomos a administrar su propio patrimonio y a definir legalmente las tierras de la comunidad.⁽¹⁾



6.3.- Período de posguerra y transición de la democracia

Las elecciones presidenciales de 1990 representaron el inicio de una reestructuración fundamental del Estado nacional, incluyendo sus políticas hacia las recién creadas regiones autónomas. El nuevo gobierno, desde una perspectiva de ajuste estructural, democratización y mayor participación del sector privado en los asuntos públicos, orientó sus esfuerzos a la reducción del tamaño y ámbito de acción del Estado. ⁽¹⁾

El nuevo gobierno también retomó los elementos básicos de la estrategia centralizadora, etnocéntrica y desarrollista que había caracterizado la gestión del Estado en la Costa Caribe antes de 1979. ⁽¹⁾

En términos generales, los tres gobiernos, desde 1990:

- Asumieron como natural la subordinación política, económica y cultural de las regiones autónomas.
- Han operado bajo el pensamiento: la Costa Caribe continúa siendo percibida como una reserva de recursos naturales, sujeta a procesos de sobreexplotación extractiva y degradación ambiental y no como una sociedad en un contexto económico, social, cultural y político. ⁽¹⁾

Otros logros fundamentales en los últimos quince años especialmente en el orden jurídico son:

- Reconocimiento a las formas específicas de propiedad y de gobierno en las regiones autónomas, firmemente sustentadas en la Constitución Política de la República de Nicaragua en los artículos 5, 89, 107, 180 y 181. ^(1, 13)
- La reforma constitucional de 1995 aseguró jurídicamente el ordenamiento institucional de la autonomía costeña, abriendo nuevos espacios políticos y oportunidades de desarrollo humano para los pueblos indígenas y afro descendientes de la Costa Caribe.



- Aprobación de la “Ley de Uso Oficial de las Lenguas de las Comunidades de la Costa Caribe de Nicaragua”, Ley 162, por la Asamblea Nacional el 22 de Junio de 1993. ^(1, 13)
- La Ley General del Medio Ambiente y Recursos Naturales, Ley 217, aprobada el 6 de Junio de 1996, reconoce la competencia de los gobiernos regionales en la elaboración y ejecución de planes de ordenamiento territorial en ambas regiones autónomas. ^(1, 13)
- Finalmente la aprobación por la Asamblea Nacional de la Ley de Régimen de Propiedad Comunal de los Pueblos Indígenas y Comunidades Étnicas de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua y de los ríos Coco, Bocay, Indio y Maíz, Ley 445 (13 de Diciembre de 2002). ^(1,2, 13)

6.4.- El índice de desarrollo humano de las regiones autónomas de Nicaragua.

Las regiones autónomas de la Costa Caribe son antes que nada un espacio humano, en donde viven personas, familias y comunidades que despliegan sus esfuerzos para alcanzar el bienestar.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH), de ambas regiones autónomas es un reconocimiento, un vistazo general, que ubica rápidamente a las personas y comunidades, así como sus capacidades y sus problemas más relevantes. No hay democracia sin el ejercicio real y pleno de los derechos humanos autonómicos y sin niveles aceptables de desarrollo humano. Es decir, no hay democracia plena sin condiciones socioeconómicas y educativas para el ejercicio efectivo de los derechos históricos y la ciudadanía de los pueblos indígenas, afro descendientes y las comunidades étnicas. ^(1, 2)

La falta de información sistemática a nivel municipal y la carencia de algunas variables claves para la medición del desarrollo humano en las regiones



autónomas, ha llevado a la construcción, a partir de la información disponible, de un Índice de Desarrollo Humano equivalente, que puede constituir un sustituto aceptable de los indicadores que utiliza la metodología aceptada mundialmente. El índice de salud es la resultante de combinar las variables: cobertura de vacunación en menores de un año, niños y niñas con bajo peso al nacer, menores de un año en riesgo de desnutrición y el nivel de cobertura de agua potable. En educación el índice resulta de combinar la tasa de retención con la tasa bruta de matrícula combinada: preescolar, primaria y secundaria de ambas regiones autónomas. El componente económico del índice se construyó a partir de la información disponible como ingreso primario *per cápita* para la RAAN y RAAS. ^(1, 2)

En síntesis, el Índice Desarrollo Humano (IDH) para la RAAN es 0,466 y para la RAAS 0,454. Ambas regiones presentan condiciones de desarrollo humano bajo. En la RAAN, los municipios que presentan los índices más bajos son Prinzapolka, Waspam y Siuna. Mientras que en la RAAS son: Paiwas, Nueva Guinea, El Tortuguero, Muelle de los Bueyes y La Cruz de Río Grande. ^(1,3)

El bajo índice del ingreso per cápita no se corresponde con los índices de salud y educación. Esa aparente contradicción refleja el aporte sustancial que realizan las comunidades indígenas y afro descendientes con el apoyo de organismos no gubernamentales que trabajan a nivel comunitario, a través de sus modos de vida, en los que se combina la producción para el autoconsumo con actividades comunitarias asociadas al bienestar familiar. ⁽¹⁾

6.5.- Educación

El informe de Desarrollo humano de Nicaragua del 2000 argumentó que la llave del desarrollo es la educación. La educación en las regiones autónomas ha tenido avances significativos que fortalecen el proceso de autonomía. Esos avances se manifiestan en la existencia de dos centros de educación superior: *Bluefields & Indian Caribbean University (BICU)* y la *Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN)*. Las regiones autónomas de la Costa Caribe nicaragüense cuentan con un Sistema Educativo



Autonómico Regional, Sistema Educativo Autonómico Regional (SEAR), orientado a la formación integral de las mujeres y hombres de los pueblos indígenas y comunidades étnicas. El SEAR está sustentado en el ordenamiento jurídico vigente; la Constitución Política de la República de Nicaragua, el Estatuto de Autonomía, la Ley General de Educación Básica y Media, la Ley de Lenguas No. 162. El sistema esta basado en los principios de autonomía, interculturalidad, solidaridad, pertinencia, calidad, equidad -especialmente de género- valores éticos y cívicos y cultura regional y nacional para alcanzar el desarrollo sostenible en lo económico, social, político y cultural. ⁽¹⁾

6.6.- Salud

El artículo 8 del Estatuto de Autonomía y el reglamento de la Ley señalan que los servicios de salud, serán prestados teniendo como bases las políticas y normas, definidas por el Ministerio de Salud (MINSAL) rescatando en forma científica el uso, desarrollo y difusión de los conocimientos de medicina tradicional de las comunidades de la Costa Caribe de Nicaragua.

Conscientes de esos derechos, las autoridades y dirigentes de ambas regiones plantean la necesidad de dialogar y concertar con el Ministerio de Salud, la implementación de un modelo de salud ya aprobado por el Consejo Regional Autónomo de la RAAN y en construcción en la RAAS solicitando para ello el apoyo y asesoría técnica administrativa del MINSAL y del gobierno central. ⁽¹⁾

El modelo de Salud de la RAAN, propone ⁽¹⁾:

- Promover la participación de todos los pueblos indígenas y comunidades étnicas, actores sociales, religiosos y políticos en los programas de salud.
- Abordar interculturalmente la salud para respetar la diversidad de culturas y derechos de cada uno de los grupos étnicos. En este contexto es fundamental el rescate y promoción de la medicina tradicional y la coordinación del sistema de salud occidental con las modalidades de atención tradicionales.



- Integrar en los servicios de salud aspectos curativos, preventivos y de rehabilitación que promueven formas de vida sana.
- Coordinar la salud de forma interinstitucional y descentralizada, para lograr una administración y ejercicio de la salud más eficientes y acercar la toma de decisiones a la población.
- Ejercer la gerencia regional en coordinación con las autoridades centrales del Ministerio de Salud.
- Desarrollar un modelo de financiamiento articulador y complementario de los recursos aportados por el Estado, la sociedad civil y la cooperación externa para crear un modelo solidario que fomente la equidad en la atención, privilegiando a los sectores más débiles.

Existen obstáculos para la implementación del modelo regional de salud:

- Dificultades de comprensión de las autoridades del gobierno central sobre el proceso de autonomía y los derechos legales de los gobiernos regionales en temas de salud.
- Falta de referentes y recelo de los funcionarios del nivel central del MINSA y de las autoridades regionales al proceso de descentralización y a sus consecuencias inéditas.
- Condicionamiento de las políticas regionales de salud a la polarización político partidaria que afecta al país.

A pesar de esas dificultades hay una situación esperanzadora. El MINSA ha iniciado un diálogo con las comisiones de salud de ambos gobiernos regionales basado en principios de confianza, credibilidad, respeto y tolerancia. De esa forma se han establecido sesiones de trabajo al nivel más alto del MINSA y de ambos consejos regionales para identificar coincidencias, diferencias y prioridades.

Otro resultado relevante de ese diálogo entre las regiones y el Estado en aspectos de salud, es que la Ley General de Salud en su reglamento contiene



un capítulo donde se asume el modelo regional de salud. De igual manera, el Plan Nacional de Salud 2004-2015, incorpora en sus políticas las estrategias innovadoras de la medicina tradicional de los pueblos indígenas y comunidades étnicas. ^(1, 2, 13)

De acuerdo al documento Plan Base de Salud, en el año 2004 las regiones autónomas tenían dos médicos especialistas por cada cien mil habitantes. Otro aspecto relevante es la alta rotación del personal médico asignado a las regiones autónomas debido a que la mayoría proviene de otras regiones del país y están haciendo su servicio social.

Aunque la red de unidades de salud ha crecido considerablemente durante los últimos años especialmente los puestos de salud debido a la elevada dispersión demográfica, más del 50% de la población costeña vive a más de dos horas de distancia de un centro de salud calificado. ⁽¹⁾

6.7.- Condiciones higiénico-sanitarias

Depende tanto de las condiciones geoclimatológicas como de la infraestructura de comunicación, de los servicios y de los hábitos y costumbres de la población. El porcentaje de tomas de agua domiciliarias es significativamente menor que en la región de pacífico. Por lo general, el agua no es tratada adecuadamente, ya que en la mayoría de la redes no se cuenta con plantas de cloración. En los territorios y comunidades rurales se estima que el 60% de la población no tiene acceso a agua de calidad. ⁽¹⁾

Ninguno de los cascos urbanos tiene servicio de alcantarillado y aguas negras. Aproximadamente el 40% de la población urbana de la RAAN y la RAAS defecan al aire libre debido a la falta de servicios sanitarios o letrinas, debido a que sólo el 45% de las letrinas se encuentran en buen estado y la mayor parte de las letrinas se encuentran mal ubicadas, ya que se ubican cercana a los pozos por lo que no es apta para consumo humano.

Las asignaciones presupuestarias en el sector salud para las regiones del Caribe nicaragüense durante los últimos 20 años correspondieron aproximadamente al 9% del presupuesto nacional. El presupuesto asignado es insuficiente para



cubrir los altos costos de operación causados por la dispersión geográfica de las comunidades, las grandes distancias, y la deficiente infraestructura de comunicación. El bajo presupuesto asignado no permite que las regiones autónomas se acerquen al promedio nacional en sus indicadores de salud. Al contrario, en algunos indicadores las brechas se incrementaron. El bajo presupuesto se manifiesta también en las dificultades operativas del sistema de salud y, en el deterioro de la infraestructura física de las unidades de salud. La asignación de plazas para personal médico es inferior a la asignación del resto del país. ⁽¹⁾

6.8.- Situación de la niñez

De acuerdo a los datos del Sistema Nacional de Estadística Vitales (Sinevi), las regiones autónomas presentan una tendencia similar al promedio nacional de niños con bajo peso al nacer. Llama la atención que desde 1992 la tasa ha venido aumentando gradualmente hasta 1997 y 1998 cuando alcanzó su punto más alto para comenzar a descender en ambas regiones autónomas. Sin embargo, en la RAAN la tendencia descendente de 2003 comenzó a revertirse. En el 2003 el porcentaje de niños con bajo peso al nacer era del 8,2% en la RAAN versus 7,8% nacional y en la RAAS era de 6,6%. ^(1, 2,3)

En cuanto a las tendencias observadas en la vacunación de menores de un año, es interesante ver que las regiones autónomas registran un nivel de cobertura superior en 2003 en relación con el promedio nacional. Sin embargo, de 1996 a 2003 se observó una reducción en la cobertura. Un comportamiento similar se advierte en la cobertura de la vacunación pentavalente que fue introducida en 1998, para reemplazar a la vacuna contra el sarampión. Esta refleja una cobertura muy inferior al promedio nacional y, de igual manera, muestra una tendencia a la reducción en ambas regiones. ⁽¹⁾

Según los datos del sistema de Vigilancia de Muertes Maternas del MINSA, ambas regiones autónomas presentan tasas de mortalidad materna –por cien mil nacidos vivos- mucho más altas que el promedio nacional. Mientras en el país la



tasa de mortalidad materna se redujo en 27% entre 1999 y 2003, pero para julio del 2008 se disminuyó en 27 casos, en la RAAN esa disminución fue de apenas 8% y en la RAAS del 12,7%. Es importante señalar que es la RAAN la que presenta alarmante diferencia en relación al promedio nacional y a la RAAS. ⁽¹⁾

Se reconoce el subregistro del indicador tanto que no todas las muertes maternas se reportan, pues la lejanía de algunas comunidades, las dificultades para la movilización de la población y algunas actitudes que minimizan o ignoran la atención a la situación de las mujeres, hacen que muchas de estas muertes no se anoten en los Silais de donde proviene la información de las muertes maternas. La cobertura del parto institucional y captación precoz del embarazo son dos indicadores muy deficientes en Nicaragua con 50% y 31,9% respectivamente para el año 2003. Pareciera que las políticas públicas orientadas a atender a las mujeres en estado de embarazo no han dado el resultado esperado. La cobertura del parto institucional muestra una tendencia de estancamiento y la atención del parto prematuro es descendente.

En las regiones autónomas los resultados de ambos indicadores no son muy diferentes al promedio nacional. Sin embargo llama la atención el deterioro en la RAAN de la cobertura del parto institucional que disminuye del 40,5% en 1992 a 38,5 en el 2003. La captación precoz del embarazo es un indicador central para prevenir la muerte materna e infantil. ⁽¹⁾

Dado el escaso acceso de la población costeña al agua y saneamiento, no es sorprendente entonces observar que la situación de salud de la población de las regiones autónomas se muestra precaria. La tasa de enfermedades como *tuberculosis*, *dengue clásico*, *EDA* e *IRA* son las más altas experimentadas en el 2003 en todo el país.

En la RAAN destacan de manera particular Rosita en *tuberculosis*, Puerto Cabezas en *dengue clásico*, seguido de Siuna. Waspam y Rosita presentan las mayores tasas de *EDA* e *IRA*. Estas enfermedades están asociadas a los



múltiples problemas que acosan a la población sobre todo en lo que se refiere a *desnutrición y falta de agua potable*.⁽¹⁾

6.9.- Principales problemas del sector salud en la RAAN y la RAAS:

- Una infraestructura en estado de deterioro debido a poca inversión en su mantenimiento.
- Una distribución de los servicios de salud que limita el acceso de la población indígena y la población campesina de las áreas rurales.
- Un modelo de gestión centralizado que no se adecua a las particularidades de la región, orientado a la curación y no a la prevención.
- Recursos humanos no preparados para una atención integral y de desarrollo comunitario.
- Falta una articulación inter e intrainstitucional del sistema.
- Insuficiente integración de la sociedad civil en el proceso de transformación del estado de salud de la población.
- Abastecimiento insuficiente de medicamentos y materiales de reposición periódica.

La medicina tradicional miskita es un sistema de conocimientos, creencias y prácticas destinado a la prevención y curación de enfermedades en el contexto de la realidad económica, social y cultural de las comunidades. Es el resultado de un complejo proceso histórico en el que intervienen los conocimientos ancestrales de generaciones de comunitarios indígenas en interacción con la influencia de otros sistemas, particularmente africanos y europeos. Es ejercida por médicos tradicionales conocidos como sukias, curanderos, parteras o buka grande, por los inteligentes o profetas. Una buena cantidad de la población le utiliza cotidianamente. Los conocimientos se transmiten de generación en generación. En cada comunidad o barrio con población indígena se encuentra uno o varios de estos agentes sanitarios tradicionales. A pesar de las fuertes presiones que han ejercido representantes de la medicina occidental sobre los



médicos tradicionales, que han sido calificados por aquellos como brujos diabólicos y farsantes, la medicina tradicional ha sobrevivido y es, en muchas oportunidades, opción para los comunitarios. *Es muy probable que este capital social sea una de las principales causas de que los indicadores de salud de la población indígena no sean más graves.* ^(1,3)

Otros indicadores demuestran el deterioro de las condiciones ambientales de la población; así, el hacinamiento en el país afecta al 43.7%, el 31.5% no tiene acceso al agua potable, el 65.2% no dispone del servicio de alcantarillado sanitario y el 47.7% no cuenta con el servicio de la energía eléctrica. ^(1,3)

6.10.- IMPACTO DEL HURACAN FÉLIX

'Félix' fue el segundo huracán de la temporada del Atlántico en el 2007, llegando a la escala 5 Saffir Simpson, trayendo consigo un sin número de daños materiales y pérdidas humanas, dejando a muchas familias llenas de tristeza y de hambre. ^(14,15)

En la zona de Tasba Pri se reportaron cuantiosas pérdidas humanas y materiales. Se vieron afectadas un total de 4,483 familias que corresponden a 20,563 habitantes, siendo casi la mitad de ellos niños. Al evaluar los daños materiales se perdió el total de la siembra cultivada en la zona (38,969.5 manzanas), se afectaron parcial o totalmente las 12 unidades de salud, 54 centros escolares y 102 iglesias, del total de letrinas censadas en la zona (1,710) el 84.8% (1,450) fueron destruidas totalmente, situación similar ocurrió con las fuentes de agua, donde el 100% de los pozos fueron afectados parcial o totalmente. ^(5, 9,14)

Esta región quedó completamente incomunicada, el único medio de comunicación era un teléfono satelital, por lo cual fue una de las más atendidas en cuestión de rescates por vía aérea de personas desaparecidas,



abastecimiento de víveres y atención de los problemas más frecuentes de salud que se presentaron después del huracán Félix. Esto se debió a una demanda que los pobladores de esta zona hicieron a las autoridades gubernamentales, ya que ellos no tenían nada para comer, ni casas para refugiarse. ^(5, 6,7)

Entre las enfermedades más comunes en la zona se encuentran las IRAs y las EDAs, ocupando el primer y segundo lugar respectivamente, por otro lado en las intervenciones realizadas por las brigadas de la UNAN-León, se han notado un incremento en el número de casos de Leishmaniasis. En relación al tema de mortalidad materna y neonatal, es poco lo que se sabe en las estadísticas, producto del subregistro; pero es racional pensar en la posibilidad de que existan altas tasas de mortalidad materna y neonatal, en comparación a cifras del pacifico nicaragüense. ⁽⁵⁾

6.10.1.- Atención de la Emergencia de Salud

Las primeras brigadas en llegar fueron las de Atención Médica Cristiana (A.M.C.) las cuales trabajaron en 16 de estas comunidades. El 90% de la población formaba parte de los damnificados por el Huracán. Se contó con el apoyo del Equipo de Acción contra el Hambre (ACH) el cual llegó a Sahsa, que es el poblado principal el cual en los años 80's se conoció como Tasba Pri ("Tierra libre"). ACH llegó invitado por A.M.C. al territorio a contribuir en la ayuda humanitaria, con apoyo del Equipo Local, el objetivo inicial era de hacer una valoración inmediata de los daños en el sistema de agua y saneamiento así como letrinas, siendo una de sus especialidades, los evaluadores de ACH reportaron la siguiente situación, basadas en las evaluaciones de Comisiones de Emergencia compuesta por A.M.C., Policía Nacional, MINSA y el Ejército: ^(14, 15,16)

- 18,560 personas censadas en todo el territorio de Tasba Pri, exceptuando 10 comunidades que no están censada por decisión de ellos.
- Existen 60 muertos debidamente identificados con nombres y apellidos.



- 14 fallecidos, de los cuales 8 eran niños
- 461 personas desaparecidas
- 253 personas rescatadas
- 123 personas heridas
- 14 comunidades tienen acceso terrestre, las otras están incomunicadas.
- Cultivos perdidos en un 100%
- Existe una plaga de ratas, el control es absolutamente necesario.
- Prioridades de la población: Agua, alimento, plástico negro, zinc.
- Solo quedo una letrina en buen estado las otras letrinas están inundadas y bajo el río, la población esta bebiendo agua de río porque los 5 sistemas de agua por gravedad existentes están colapsando.
- Ya se están registrando casos de diarrea.
- El MINSA ha enviado dos equipos móviles de atención sanitaria.
- El Programa Mundial de Alimentos (PMA) llego hace tres días y distribuyo en Sahsa: 1 Lbr. de arroz por familia por día, la población vecina de Sahsa lleva dos días sin comida.
- La Policía esta habilitando los acceso por carreteras.
- El Ejército puso a disposición dos helicópteros, exclusivamente para evacuar heridos, rescate y evacuación medica.
- La zona mas dañada esta por el río Kukalaya, donde esta inundada.
- El único acceso de Rosita a Sahsa es posible por carretera, pero hay un punto en el que un camión podría tener dificultades para pasar, por la crecida de tres ríos. La embarcación por el río Wawa estará operando dentro de unos 5 días, es el acceso de Puerto Cabezas a Sahsa.

6.10.2.- Acciones de la UNAN-León en atención de Salud

El Comité de Emergencia de la UNAN-León realizó una recolecta que fue destinada a los trabajadores de universidad URACCAN. Pero la UNAN-León no solo se unió a la recolecta de alimentos, ropas u otros materiales necesarios para nuestros hermanos damnificados de la RAAN, sino que fue más allá. Dadas las condiciones adversas relacionadas con la salud, en que la que se



encontraban nuestros hermanos en la Costa Caribe producto del Huracán Félix, la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN-León, se presentó en esta región del país a través del envío permanente de brigadas médicas conformadas por profesores y estudiantes ⁽¹⁸⁾:

Del 12 al 19 de septiembre; el Dr. Rodolfo Peña, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas con 16 especialistas, estuvieron ubicados en la ciudad de Puerto Cabezas.

Del 19 de septiembre al 5 de octubre participó otra brigada, compuesta por 34 miembros de los cuales 30 eran estudiantes del V y VI año de la carrera de Medicina y la integraron los doctores, Leonardo González, Róger Barrios, Gregorio Matus y la enfermera Fidelina Munguía. Esta Brigada se estableció en la comunidad de Sahsa.

Del 5 al 20 de octubre, se incorporó otro grupo de 15 brigadista, conformado por 11 estudiantes mujeres y los doctores Andrés Herrera, Cecilia Torres y Edgar Peña.

Del 19 al 21 de octubre, entubó una brigada de ingenieros eléctricos y de comunicación, en Tasba Pri, a cargo del Dr. Elmer Zelaya quienes realizaron un diagnóstico y establecimiento de red de comunicación y diseñar un circuito de frío para respaldar una jornada de vacunación. Al mismo tiempo el Dr. Ronald Ramírez efectuará las coordinaciones necesarias para la ubicación de futuras brigadas.

Hay que destacar la importancia de la atención y los servicios de salud de nuestros brigadistas quienes han atendido con consultas y medicamentos a más de 1200 pacientes, en todas las especialidades médicas, en treinta comunidades de la RAAN. También, han ofrecido charlas relacionadas con medicina preventiva, purificación del agua y abatización. Las Brigadas se transportan por tierra y los costos de movilización y alimentación lo asumen la UNAN-León.

En la actualidad se encuentra un grupo de estudiantes de ultimo año de la carrera de medicina provenientes de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, cede León (UNAN-León), los cuales en coordinación con la



comunidad y el equipo de salud realizan labores asistenciales y de prevención en la comunidad, estos son supervisados por docentes de la Facultad de Ciencias Medicas de la UNAN-León, estas brigadas medico estudiantiles están en labores desde el paso del Huracán Félix en la zona de Tasba Pri a finales del 2007 y aún se continua en labores en pro de la salud de todas las comunidades mayormente afectadas.

6.10.3.- Solidaridad en los municipios fuera de la RAAN ^(16, 18):

Las muestras de solidaridad a favor de los damnificados del huracán Félix se multiplicaron en departamentos como Masaya, Granada y Chinandega, donde organizaciones de pobladores desarrollaron múltiples actividades para recolectar ayuda monetaria, material y alimentos, que serán canalizados a través de los organismos humanitarios.

En los municipios de Nueva Guinea, Muelle de los Bueyes y El Rama, se realizaron a través de los medios radiales y televisivos locales jornadas de recaudación de dinero, alimentos y ropa; mientras, brigadistas estudiantiles recolectaron casa por casa ayuda a favor de los damnificados.

Los comités de solidaridad estaban encabezados por la Cruz Roja y los gobiernos municipales con la colaboración de las Iglesias Evangélicas, Católicas, el Ejército, la Policía Nacional e instituciones estatales municipales.

En estos tres municipios se recolectaron 54 mil córdobas, 150 sacos de ropa, calzado, leche en polvo, fósforos y otros productos.

En Granada: el Comité Municipal de Prevención, Mitigación y Atención de Desastres del municipio que encabeza la alcaldesa Rosalía Castrillo, realizó recolección casa por casa de ayuda que destinarán a los damnificados de la RAAN. Aunque no dieron datos específicos sobre lo recaudado, la alcaldesa granadina afirmó que la jornada de recolecta de ayuda “fue todo un éxito completo”.

Chinandega: En la ciudad de Chinandega, el Grupo Coen, a través de la Fundación Coen y Air Pak Wester Union, donaron 50 mil dólares, mientras Wester Union Fundation donó otra cantidad similar.



León: Los leoneses lograron recolectar seis toneladas de ropa, 71 quintales de arroz, 30 quintales de azúcar, ocho quintales de frijoles y cuatro bidones de aceite, entre otros productos, como parte de la jornada de recolección de ayuda para los damnificados por el huracán Félix. También se recolectó 180 libras de pastas alimenticias, 500 cajas de fósforos, 700 unidades de candelas, 66 paquetes de galletas, más de 300 bolsas de leche en polvo, cajas de avena, pinolillo, pañales desechables, papel higiénico, pastas dentales, sal, jugos naturales, los que fueron trasladados al Centro Nacional de Operaciones del SINAPRED. ^(16, 17)



VII.- DISEÑO METODOLÓGICO

7.1.- Tipo Estudio

Este es un estudio cuanti-cualitativo. La primera parte del estudio (cuantitativa) tuvo un componente descriptivo de corte transversal, sobre los principales motivos de consulta en la comunidad de Sahsa-RAAN después del Huracán Félix (del 5 al 20 de Octubre 2007) y siete meses después del mismo (19 mayo – 1 junio del 2008) y la segunda parte (cualitativa) se realizó en base a la percepción que tiene la población a cerca del trabajo realizado por las Brigadas Médicas enviadas por la UNAN-León en el período de Octubre y Julio 2008.

7.2.- Universo

Todos los habitantes de la región Autónoma del Atlántico Norte que ocupa el 46% del territorio nacional y alberga aproximadamente a 700 mil habitantes (13% de la población nicaragüense). De característica rural que abarca extensas áreas selváticas y desarrolla una economía basada en la pesca, explotación de bosques y agricultura de subsistencia ^(5, 14).

Figura # 1 Mapa de la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN)



Fuente: Boletín especial nº 1: Emergencia por el impacto del Huracán Félix en Nicaragua, UNICEF, Septiembre 2007.



7.3.- Población

Pobladores de **Tasba Pri**, es un territorio de 70 km de largo que pertenece administrativamente a Puerto Cabezas.

7.4.- Ubicación Geográfica

Ubicada a 460 km desde la capital Managua, específicamente 95 km al oeste de la cabecera regional Puerto Cabezas (Bilwi) y 59 km al este de la comunidad Minera Rosita. Esta rodeada por cuatro ríos, al este el río Kukalaya que abarca un área de aproximadamente 3,910.25 km², al norte el río Coco teniendo un área de 19,969.00 km², en el oeste se encuentra el río Wawa comprendiendo una superficie cerca de 5,371.98 km² y finalmente al sur tenemos al río Prinzapolka con una extensión de 11,292.40 km². ^(5, 14)

7.5.- Organización Comunitaria

Se encuentra dividido en 6 sectores (Kukalaya, Sumobila, Greytown, Nazareth, Sahsa y Las Breñas), siendo Sahsa el sector más grande con una población aproximada de 7,000 habitantes, estos sectores a su vez están subdivididos en 51 comunidades, todas ellas se encuentran ubicadas en selva tropical, lo cual dificulta el acceso a dichas comunidades.

La principal vía de acceso a Sahsa es terrestre, siendo esta la carretera que une Rosita con Puerto Cabezas (Bilwi), la cual se encuentra en malas condiciones, los costos de transporte son muy elevados en comparación con los del pacífico nicaragüense, tomando en cuenta distancias similares, esto se debe al mal estado de las carreteras y al elevado costo de los combustibles, los cuales suelen ser hasta un 35% más caros en comparación al resto del país, por otro lado la comunicación entre comunidades es a través de caminos y senderos de tierra, tardando horas o días para trasladarse de una comunidad a otra, a pesar del uso de caballos. ⁽⁵⁾

La zona de Tasba Pri está ubicada en la zona más pobre de Nicaragua, el 90% de la población no tiene fuente de ingreso. Muchas comunidades aún antes del



Huracán Félix enfrentaron serios problemas necesidades sociales, como la falta de agua limpia, la falta de acceso a servicios de salud y la inseguridad alimentaria. Los medios de comunicación son ausentes en la zona, dificultando el acceso a información a las comunidades. Muchas de estas comunidades marginadas ni aparecen en los mapas político-administrativos. ⁽¹⁴⁾

7.6.- Organización de los servicios de Salud:

Tasba Pri tiene designado por el Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa) un total de 4 enfermeras permanentes para dar asistencia médica a más de 20,000 habitantes, dando una razón de 5000 habitantes por enfermera aproximadamente. Además se cuenta con 12 unidades de salud, distribuidas en los sectores de Sumobila, Greytown, Nazareth, Sahsa y Las Breñas, no habiendo unidades de salud para el Sector de Kukalaya, es importante destacar que casi en su totalidad estas unidades carecen de personal de salud permanente y su nivel de resolución es menor al de un puesto de salud, únicamente la comunidad de Sahsa cuenta con un centro de salud sin camas, con personal permanente. Se cuenta con los servicios prestados por Acción Médica Cristiana (AMC) quienes han propuesto planes para el desarrollo de la salud preventiva y comunitaria. ⁽⁵⁾

7.7.- Muestra:

Muestra Cuantitativa: Libre demanda en el periodo Octubre 2007 y Julio 2008

Muestra Cualitativa: Saturación de la información en Grupos Focales

Las 70 entrevista de salida, se tomaron al azar a diez personas por día en el periodo de estudio en la zona (Julio-Agosto 2008) que demandaron consulta médica.

Para la selección de los Grupos Focales, se tomaron tres de las comunidades a las que tuvimos acceso y en la que se pudo reunir por lo menos a las autoridades (Sahsa, Km 43 y Km 51).



7.8.- Obtención de la información

Se tomaron como datos iniciales los obtenidos por la tercera brigada que acudió a estas comunidades después del Huracán Félix, los que brindaron consultas médicas de 5 al 20 de octubre del 2007 y los datos recopilados por la sexta y séptima brigadas que brindaron consultas médicas siete meses después del paso de este fenómeno natural por las costa Caribe de nuestro País, que comprendió un período desde el 19 mayo hasta 18 Julio del año 2008, tomando solamente dos semanas para recoger la muestra del estudio cuantitativo y otras dos semanas para realizar el estudio cualitativo.

Para el estudio cuantitativo, utilizamos el mismo instrumento que la tercera brigada, previamente diseñado y ajustado, de manera que obtuvimos la misma información (ver anexo # 1).

La entrevista de salida fue aplicada a 10 personas por día, las que fueron seleccionadas al azar después de la consulta médica. Esta entrevista fue realizada a través de una Escala Litker, la que posteriormente se recodificó en variables dicotómicas debido a que la información recolectada era muy dispersa, dejando como respuestas: buena y mala para las preguntas número 1, 2,5, 6 y 8 y Sí, No para las preguntas 3, 7, 9 y 10. (Ver anexo # 2).

En los Grupos Focales, se seleccionó este método, como el más adecuado por permitir la revelación de información y actitudes entre los miembros de la comunidad, así mismo, como una herramienta ágil y relativamente económica para determinar y explorar la manera de pensar, percibir y sentir de los participantes. Se basa en la construcción colectiva de conocimientos, es decir, el análisis del discurso contenido en la discusión de los participantes. Presta la ventaja de un ambiente más natural que entrevistas individuales, por que permiten el diálogo y la influencia mutua del o las participantes. El objetivo, no es consenso, decisión o recomendación como en otros procesos, si no el libre intercambio de opiniones y experiencias en un grupo de personas que tienen



algo relevante en común sin pertenecer al mismo grupo, bajo la coordinación de un moderador, quien se encarga de conducir la discusión según guía de temas previamente elaborada. Dichas entrevistas se realizaron en las comunidades de Sahsa, km 43 y km 51, por ser las únicas a las que tuvimos acceso durante las visitas comunitarias, así también fue donde se logró reunir a la directiva de dichas comunidades.

La entrevista a los grupos focales fue estructurada de la siguiente manera:

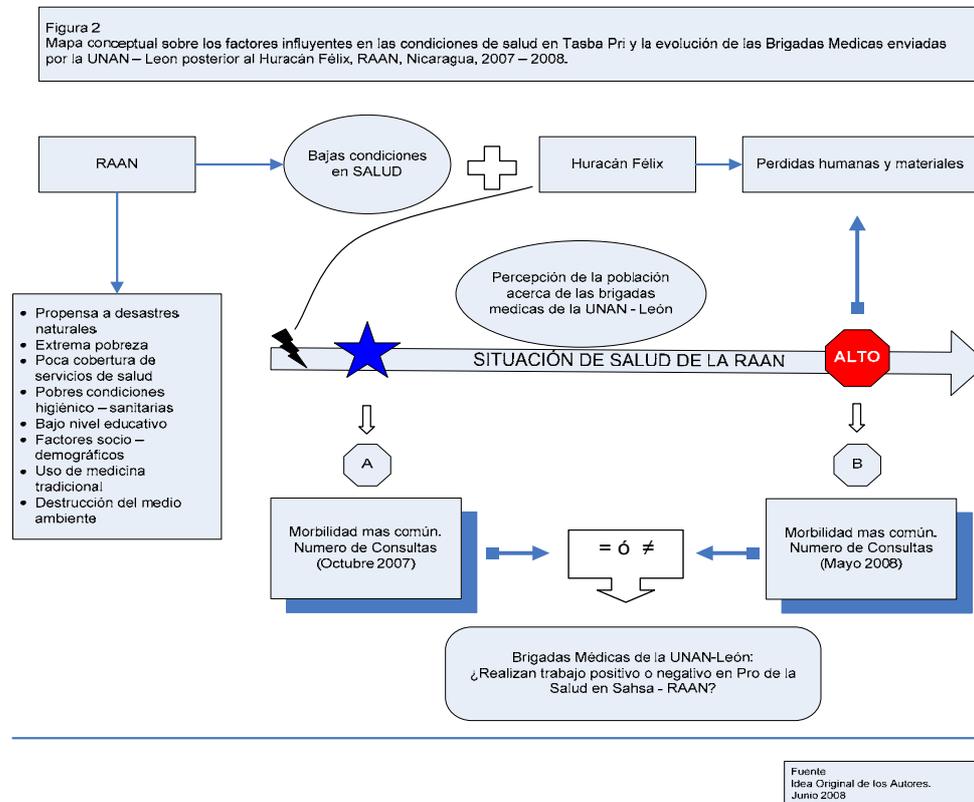
1. Presentación
2. Explicación de los objetivos
3. Consentimiento de grabación
4. Preguntas de entrada sobre: Origen de la comunidad, estructura social, elección de las autoridades, etc.
5. Preguntas sobre acciones de las Brigadas Médicas: De donde, quién y cómo son las Brigadas; Comparación entre atenciones (punto medio Huracán Félix)
6. Preguntas sobre otras Organizaciones que trabajan en el área y las acciones realizadas hasta este momento.
7. Que recomendaciones o en que otros campos les gustaría ser ayudado por la UNAN-León. (Ver anexo # 3).

La realización de los grupos focales fue entre el 7 al 18 julio del 2008, durante el día y la tarde, con una duración aproximada de 1 a 2 horas. Cada sesión fue gravada y filmada previa autorización de los participantes, cada uno fue presentado al inicio de la sesión.

En la figura 2 se muestra un mapa conceptual que refleja los factores que influyen en las condiciones de salud del territorio de la RAAN. También se observa el trabajo de las brigadas médicas de la UNAN-León después del huracán Félix. El momento "A" que fue marcado por el trabajo realizado por la tercera brigada médica y el momento "B" que aborda el trabajo realizado por la 6ª y 7ª brigadas médicas. En ambos momentos se recolectó los principales motivos de consultas en la comunidad de Sahsa.



En el momento B se realizaron los grupos focales y las entrevistas de salida.



7.9.- Análisis de la información

Todos los datos se obtuvieron a través de los instrumentos antes mencionados (hoja consulta, reporte tercera brigada, entrevista a grupos focales y entrevista de salida), fueron introducidos en una base de datos, mediante el programa estadístico SPSS para windows versión 15.0, en el cual se realizaron tablas de frecuencia y se utilizó Microsoft Excel 2003, para realizar gráficos de barras y pastel, posteriormente se realizó una diferencia de proporciones para dos poblaciones diferentes, entre los diez primeros motivos de consulta que se repitieron en ambos períodos de estudios a través del programa para análisis epidemiológico de datos tabulados (EPIDAT), versión 3.1, calculando el valor P.



Para el análisis de la información cualitativa obtenida a través de los grupos focales utilizamos la teoría emergente en la cual seguimos los siguientes pasos, primeramente se transcribieron las entrevistas de grupos focales en Microsoft Word para luego ser exportadas al programa OpenCode⁽²⁶⁾, donde fueron leídas repetitivamente para familiarizarnos con la información, de manera que se pudieran formar códigos y categorías para la realización de un mapa conceptual que representa la transición entre los dos momentos del estudio posteriores al huracán Félix (3ª y 7ª brigadas), el cual fue reforzado con el análisis de las viñetas más representativas de los discursos.

7.10.- Aspectos Éticos

Se pidió el consentimiento a los encuestados respetando valores, culturas, opiniones y creencias, manteniendo en secreto la información que se recibió a través de la entrevista y la consulta médica. Se pidió el consentimiento de manera verbal a las personas que conformaron los grupos focales para grabar la conversación. En relación a la entrevista de salida, se les explicó a los encuestados los objetivos del trabajo de investigación, teniendo en cuenta que la información fue utilizada solamente con fines científicos y que se guardaran todos los aspectos éticos del sigilo profesional. En este estudio no se hizo ningún tipo de experimento o procedimientos médicos que perjudiquen a las personas involucradas en el mismo; solamente se tomó la opinión que tienen ellos acerca de las brigadas médicas de la UNAN-León y el motivo por el que asistían a consulta médica en el centro de salud de Sahsa.



VIII.- RESULTADOS

Tabla # 2: Tabla comparativa de los principales diez motivos de consulta (Octubre 2007- Julio 2008)

Morbilidad	Octubre 2007	Julio- Agosto 2008
Frecuencia	N (%)	N (%)
EDA	62 (6.5)	28 (4.8)
IRA	123 (12.9)	47 (8.1)
IVU	63 (6.6)	80 (13.8)
Parasitosis	75 (7.9)	40 (7)
VPCD	0 (0.0)	64 (11.1)
Planificación Familiar	0 (0.0)	52 (9)
Faringoamigdalitis	0 (0.0)	45 (7.8)
Neumonía	35 (3.7)	39 (6.7)
Enferm. Dermatológicas	67 (7.1)	28 (4.9)
CPN	0 (0.0)	23 (4)
Mialgias	39 (4.1%)	0 (0.0)
Anemia	27 (2.8%)	0 (0.0)
HTA	23 (2.4%)	0 (0.0)
Otros	437 (46%)	132 (22.8)
Total	951 (100.0)	578 (100.0)

Fuente: Reporte 3ra y 6ta brigada

La tabla #2 representa la comparación de los principales motivos de consulta en la tercera brigada médica (5 al 20 Octubre 2007), siendo el principal motivo las IRA con el 12,9% de los casos, seguido por parasitosis con 7,9% y las IVU y EDA con un 6,6% y 6,5 respectivamente, al contrario de la sexta brigada médica, en la cual vario, puesto que corresponde a las IVU con el 13,8% de los casos, seguido por el VPCD y programa de planificación familiar con 11,1% y 9% respectivamente, el complemento a los primeros motivos de consulta fue de 22,8%, siendo este reflejado en el grupo de "Otros". Cabe destacar que los únicos diagnósticos y/o motivos de consulta repetidos en ambos grupos fueron: IRAs, EDAs, Parasitosis, IVUs, Neumonías y Enfermedades Dérmicas. Por otro lado es notable la disminución del número de consultas catalogado como "Otros" entre el primer y segundo grupo, siendo esta caída próxima a un 50%.



Tabla # 3
Diferencia de proporciones entre los 10 primeros motivos de consultas de la comunidad de Sahsa-RAAN que se repitieron entre la 3ª y 6ª brigadas médicas de la UNAN-León en el período Octubre 2007 y Junio-Agosto del 2008.

Diagnóstico	Octubre 2007	Mayo-Junio 2008	Valor de P
IRA	123	47	0.005
EDA	62	28	0.216
Parasitosis	75	40	0.552
IVU	63	80	0.000
Neumonía	35	39	0.009
Enf. Dermatológicas	67	28	0.105
Total de consultas	951*	578**	

*Total de consultas médicas realizadas en el período del 5 al 20 de Octubre 2007. **Total de consultas médicas realizadas en el período del 19 de Mayo al 1 de Junio del 2008.

Fuente: Reportes de la 3ª y 6ª brigada médica

La tabla # 3 muestra los motivos de consulta repetidos durante las intervenciones médicas realizadas por ambas brigadas en diferentes momentos. El valor P que aparece en la tabla refleja la diferencia de proporciones de entre ambos períodos; los motivos de consultas que tuvieron una diferencia significativa fueron: IRA, IVU

y neumonía. Los que no tuvieron un cambio significativo con el tiempo fueron: EDA, parasitosis y enfermedades dermatológicas.

En las tablas # 4y 5 se refleja la percepción que han tenido los pobladores acerca de las brigadas médicas de la UNAN-León en la calidad de atención médica en la comunidad de Sahsa-RAAN 2007-2008. El 92.8% contestó que las consultas eran buenas antes del huracán Félix y el 91.4% respondió que el personal de salud era bueno antes de la llegada de las brigadas médicas. El 100% de la población en estudio respondió que la atención médica brindada por las brigadas médicas de la

Tabla # 4
Evaluación de la percepción que han tenido las Brigadas Médicas (BM) de la UNAN-León en la calidad de atención médica en la Comunidad de Sahsa-RAAN, 2007-2008.

Preguntas	Buena/Bien Nº (%)	Mala/Mal Nº (%)	Total Nº (%)
¿Cómo eran las consultas antes del Huracán Félix?	65 (92.8)	5 (7.2)	70 (100.0)
¿Cuál es su opinión acerca del personal de salud antes de la llegada de las BM?	64 (91.4)	6 (8.6)	70 (100.0)
¿Cómo califica la atención en la consulta que acaba de recibir?	70 (100)	0 (0.0)	70 (100.0)
¿Cómo se portó el médico que la atendió en la consulta médica?	70 (100)	0 (0.0)	70 (100.0)
¿Cómo valora la intervención de las BM?	70 (100)	0 (0.0)	70 (100.0)

Fuente: Ficha de recolección de información

UNAN-León es buena, así como la atención del médico que la atendió. Además toda la población en estudio refiere que la intervención de las brigadas médicas



ha mejorado la situación de salud y creen necesario las visitas continuas de las brigadas médicas a la comunidad de Sahsa.

El 81.4% de los encuestados respondieron que habían recibido medicamentos para su problema de salud; De igual manera el mismo 81.4% refirió que nunca le han rechazado la atención médica durante la estancia de las brigadas médicas de la UNAN-León en la comunidad de Sahsa.

La tabla # 6 presenta la cantidad de medicamentos que fueron prescritos durante la consulta médica por la 7ª brigada médica de la UNAN-León y cuántos de estos

medicamentos recibieron los pobladores de la comunidad para sus problemas de salud. Observamos que a 3 pacientes no se les prescribió medicamentos para su problema de salud, sin embargo fueron 4 los pacientes que no obtuvieron medicamentos.

Tabla # 5
Evaluación de la percepción que se tiene sobre las Brigadas Médicas (BM) de la UNAN-León en relación a la atención médica en la Comunidad de Sahsa-RAAN, 2007-2008.

Preguntas	Sí Nº (%)	No Nº (%)	Total Nº (%)
¿Le dieron medicamento para su problema?	57 (81.4)	13 (18.6)	70 (100.0)
A la llegada de las BM le han rechazado alguna vez la atención.	13 (18.6)	57 (81.4)	70 (100.0)
¿Cree usted que a través de la participación de las BM de la UNAN-León ha mejorado la situación de salud de Sahsa?	70 (100)	0 (0.0)	70 (100.0)
¿Cree necesario continuar con las visitas de las BM a la comunidad de Sahsa?	70 (100)	0 (0.0)	70 (100.0)

Fuente: Ficha de recolección de la información

A la mitad de los pacientes (n = 35) se les prescribió 1 ó 2 medicamentos para su problema de salud; sin embargo fueron 50 pacientes los que recibieron 1 ó 2

Tabla # 6
Entrega de medicamentos a los pacientes de la comunidad de Sahsa-RAAN en relación a la cantidad prescrita en la consulta médica recibida por la 7ª Brigada Médica de la UNAN-León (Julio 2008).

Número de Medicamentos	0 medicamentos Nº (%)	1 – 2 medicamentos Nº (%)	3 o mas medicamentos Nº (%)	Total Nº (%)
Medicamento Prescrito	3 (4.3)	35 (50.0)	32 (45.7)	70 (100.0)
Medicamento Recibido	4 (5.7)	50 (71.4)	16 (22.9)	70 (100.0)

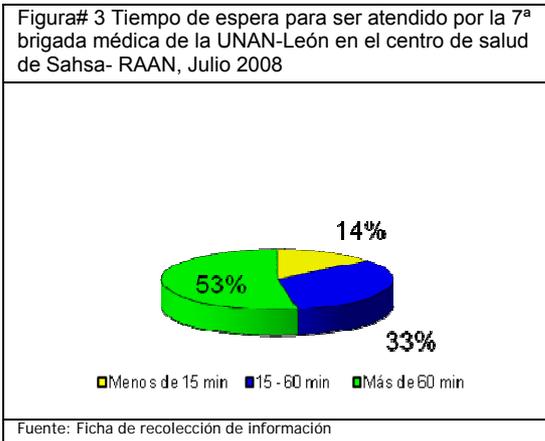
Fuente: Ficha de recolección de la información

medicamentos. Los pacientes a los que se les prescribió más de tres medicamentos fueron 32, sin embargo la mitad de estos no recibieron su

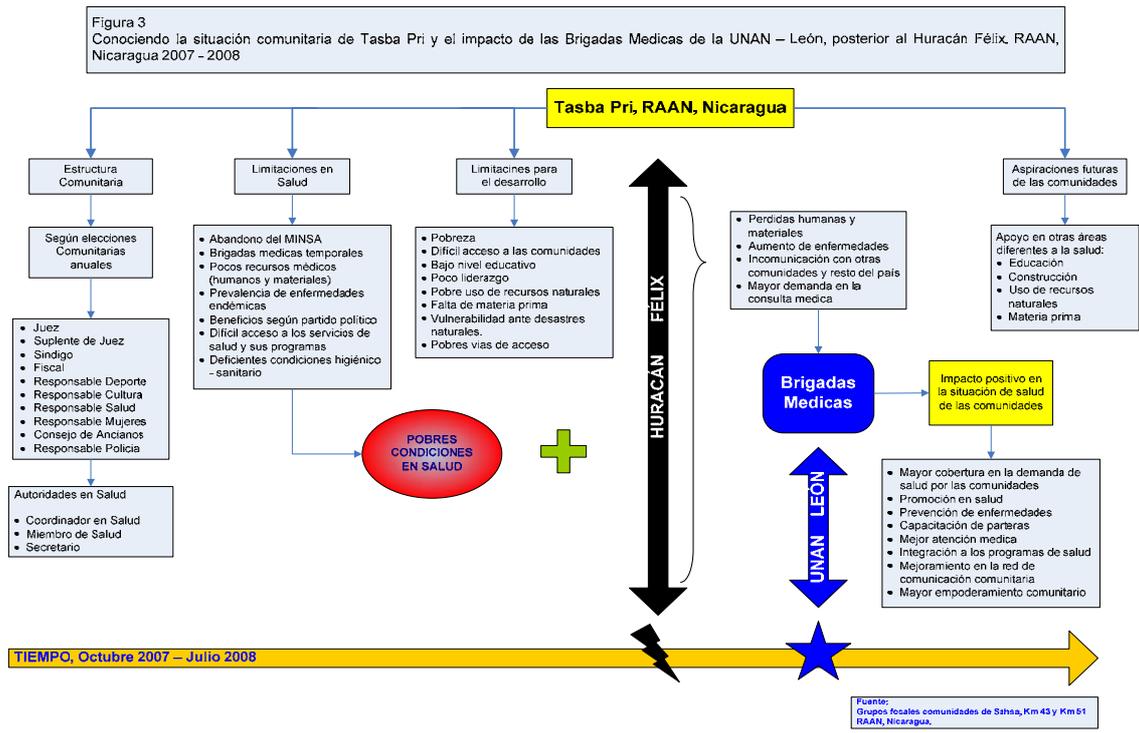


tratamiento completo, por lo que sólo recibieron 1 ó 2 medicamentos. Lo cual explica porque hay más pacientes con uno o dos medicamentos.

La figura # 3 refleja el tiempo de espera para ser atendido por la brigada médica



de la UNAN-León; el 53% de los pobladores dice esperar más de una hora, el 33% respondió que espero entre 15 minutos y una hora, y solamente el 14% de los pobladores respondió que había esperado menos de quince minutos para ser atendido.



El mapa conceptual que se presenta fue estructurado en base a la información obtenida mediante la entrevista realizada a los tres grupos focales en las comunidades de Sahsa, km 43 y km 51, en el cual se refleja la estructura



comunitaria, limitaciones en salud y para el desarrollo en estas comunidades. Así mismo se presenta la situación que se vivió durante el paso de este fenómeno natural y las consecuencias que produjo en relación a la situación en salud, recursos naturales, etc. Además se representa el impacto que tuvieron las brigadas médicas de la UNAN-León en las comunidades de Tasba Pri.

En relación a la estructura comunitaria, los líderes refieren: *“aquí en el territorio no se conoce sindigo”, “en este territorio no se aceptó sindigo, por que las decisiones lo hace una persona y a su manera”, “bueno somos tres los que trabajamos”* estas frases indican que hay una desorganización comunitaria e incumplimiento de las funciones de algunos líderes comunitarios, especialmente el sindigo, que es el encargado de los recursos naturales.

En cuanto a las limitaciones en salud y para el desarrollo comunitario, los líderes mencionan: *“estuvimos abandonados por más de 25 años y con problemas en todos los aspectos de la salud”, “no pudimos llevarlo al puesto porque el río esta lleno”*. Estas expresiones reflejan la poca cobertura que el MINSA tiene en estas zonas del país. Varios líderes mencionaban el difícil acceso que tiene la población para recibir una consulta médica, debido a las características propias a la región (comunidades alejadas con relieves irregulares) ^(3, 14)

Otro factor que influye en el desarrollo de estas comunidades es el bajo nivel de educación, debido a que no hay suficientes recursos humanos y materiales (destrucción de escuelas); razón por la que los líderes expresan: *“en veces la maestra se va al puerto, se va 8 a 9 días”, “nosotros pedimos que haya alguien que este pendiente de la educación”*. Todo esto influye en la baja calidad de vida de la población de estas comunidades.

Sumado a todos los factores anteriores la población del territorio de Tasba Pri sufrió uno de los más grandes desastres naturales (huracán Félix), trayendo consigo grandes pérdidas humanas y materiales, siendo las expresiones de los líderes ante esta situación: *“no tenemos bastimento”, “no se pueden hacer buenas quemas” “animal que ante no comía ahora todo se come, arroz, maíz”...*



En respuesta a la situación de salud que se vivía en esta zona del país surgió la intervención de la UNAN-León, enviando varias brigadas médicas multidisciplinarias, que realizaron varias actividades con el objetivo de mejorar la situación de salud en estas comunidades, hechos que fueron expresados por los líderes comunitarios: *“...nos han ayudado en tiempo oportuno...”*, *responden a la necesidades de la población*”, *UNAN-León escuchó la necesidad y el dolor de la comunidad...”*, *nos sentimos alegres con su visita...”* por lo que solicitan que continúe el apoyo de la brigadas y que se integren otras áreas diferentes al sector salud que puedan ayudar al desarrollo de las comunidades de Tasba Pri: *“nosotros necesitamos por lo menos una clínica”, deseamos que alguien nos enseñe a reforestar la tierra”*.



IX.- DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Las IRAs, EDAs, neumonía y parasitosis, son enfermedades potencialmente contagiosas que aumentan en situaciones de desastres naturales tales como huracanes, inundaciones, maremotos, ciclones, y tormentas tropicales ^(19, 22, 23).

La transmisión de enfermedades contagiosas como las antes mencionadas pueden ser influidas por seis factores provocados por los desastres naturales: a) Las enfermedades existentes en la población antes del desastre y los niveles endémicos que la misma padecía; b) los cambios ecológicos provocados por el desastre (creación de nuevos sitios para las crías de vectores); c) los desplazamientos demográficos (transmisión de enfermedades a otras zonas no endémicas, incremento de la densidad demográfica); d) el daño a edificios de servicios públicos (daños a redes de servicio de agua potable o contaminación de las mismas por las aguas negras); e) el desquiciamiento de los programas de control de enfermedades (pérdida de los programas de control de enfermedades ante las situaciones de emergencias) y f) la alteración de la resistencia individual a las enfermedades (desnutrición proteico-calórica sobre en niños de países subdesarrollados). ⁽¹⁹⁾

Al comparar los dos momentos del estudio, observamos que la 3^a brigada médica encontró más casos de IRAs (n = 123) que los encontrados por la 6^a brigada (n = 47) teniendo una diferencia significativa entre ambos períodos (valor P 0.005), esto se explica por los factores antes mencionados que son provocados por los desastres naturales (en este caso el huracán Félix).



Figura # 5: Clorificación de las aguas



Fuente: Reporte 3ª brigada médica

Un hallazgo encontrado fue la no diferencia de proporciones entre los casos de EDAs y parasitosis de la 3ª y 6ª brigada médica (valor P 0.216 y 0.552 respectivamente), esto puede deberse a las intervenciones realizadas por las diversas brigadas médicas en la cuales se tomaron medidas preventivas inmediatas tales como la clorificación y saneamiento masiva del

agua, entrega de filtros individuales de cerámica, entrega de kits de higiene familiar y la capacitación del personal para la desinfección del agua, todo esto contribuyó a que no se diera una epidemia de estas enfermedades, que sin duda alguna hubiesen cobrado muchas vidas. ^(5, 21)

Los casos de micosis, escabiasis y otras infecciones de la piel (enfermedades dermatológicas) son frecuentes en los desastres naturales producto de la movilización poblacional hacia albergues temporales y campamentos en los cuales muchas veces las condiciones higiénico – sanitarias no son suficientes para sustentar a tantas personas (poco abastecimiento de agua, hacinamiento poblacional, etc.). En la tercera brigada médica se encontraron este tipo de enfermedades dentro de los primeros diez motivos de consultas lo que confirma la presencia de éstas después de estos fenómenos naturales, siendo la población más susceptible los niños menores de 5 años. ⁽¹⁹⁾

La neumonía es otra de las patologías encontradas dentro de los primeros motivos de consultas después de un huracán ^(19, 22). Nuestro estudio no fue la excepción ya que la 3ª brigada médica diagnosticó varios casos de neumonía (n=35) en un período de 2 semanas, sin embargo al compararlo con los datos de la 6ª brigada médica (n=39) notamos que hay una diferencia significativa (valor P 0.009). El aumento de los casos puede deberse a un sobre diagnóstico realizado por la 6ª brigada médica ya que los integrantes de ella (estudiantes del VI año de la carrera de medicina) solo se guiaban por las normas del MINSA y su poca



experiencia clínica, en cambio los integrantes de la 3ª brigada (médicos especialistas en pediatría, medicina familiar, medicina interna) tenían una postura más conservadora y fueron más exhaustivos al realizar el diagnóstico clínico resultado de la experiencia que estos han adquirido en el campo de la medicina. ⁽⁵⁾

Los pacientes que presentaron mialgias e hipertensión arterial durante la tercera brigada médica pueden estar relacionados con la situación de estrés creado por fenómenos naturales como el Huracán Félix que traen consigo grandes pérdidas humanas y materiales. ^(19, 20)

Las secuelas mentales de un huracán pueden ser muy estresantes entre ellas tenemos sueños y pesadillas relacionados al evento ocurrido. ⁽²⁰⁾

Podemos observar que entre los primeros 10 motivos de consultas de la 6ª brigada médica aparecen programas de atención integral del MINSA como son: Vigilancia para el Crecimiento y Desarrollo (VPCD), Planificación familiar (PF) y control prenatal (CPN). Estos motivos de consultas no aparecen en la lista de la 3ª brigada médica, probablemente se explique por la situación de emergencia que enfrentaban ese momento (huracán Félix), lo cual es contrario a la situación de salud encontrada por la 6ª brigada médica, en la que no existe una situación de emergencia. Por otro lado el trabajo relacionado en el campo asistencial y preventivo en salud por parte de las brigadas médicas ha posibilitado el retorno de estos programas priorizando el binomio madre-hijo. Al realizar estimaciones las brigadas médicas podrían contribuir con 552 CPN y 1536 VPCD durante el 2008, cifras mayores a las realizadas por el equipo de salud del MINSA, quienes para el 2006 hicieron 220 CPN y 891 VPCD, lo cual evidencia el impacto de las brigadas médicas en relación a estos programas ⁽²⁴⁾.

En el caso de las IVUs observamos que es una patología frecuente por la que consulta la población de Sahsa, sin embargo al hacer la diferencia de proporciones entre ambos períodos de estudio hubo un aumento significativo a



favor de la 6ª brigada médica. Probablemente se deba a una situación similar a los casos de neumonías, es decir que hubo un sobre diagnóstico de esta patología por parte de los estudiantes que conformaban la 6ª brigada médica. En comparación con la 3ª brigada médica que contaba con médicos internistas, los cuales pudieron realizar un mejor diagnóstico debido a la amplia gama de conocimientos clínicos que han adquirido con el tiempo. ⁽⁵⁾

La percepción que tienen los habitantes de la comunidad de Sahsa sobre el trabajo realizado por las brigadas médicas de la UNAN-León es muy buena por diferentes razones:

- 1) Buen comportamiento de los miembros de las brigadas en la consulta médica brindada.
- 2) Mayor cobertura de los servicios de salud (visitas a las comunidades).
- 3) Priorización de la población vulnerable (niños y mujeres).
- 4) Empoderamiento en salud.
- 5) Prescripción de medicamentos de acuerdo a los motivos de consultas.

Sin embargo, más de la mitad de los encuestados opinaron que el tiempo de espera para la atención médica es muy lento, ya que tuvieron que esperar más de una hora para poder ser atendidos. Esta situación negativa se debió a que la 7ª brigada médica de la UNAN-León no contaba con todos sus recursos humanos disponibles, puesto que la mitad de ellos realizaron trabajos de campos con otra brigada médica extranjera (Carolina del Norte) que se encontraban de visita durante ese período del estudio (Julio 2008). Además una minoría de los encuestados refirió que fue rechazado por las brigadas médicas; situación que se dio durante la 6ª y 7ª brigada, cuando la población acudía los fines de semana con problemas que no son de emergencia, por lo cual se le recomendaba que acudieran al centro de salud los días semana.

En lo referente a la cantidad de medicamentos recibidos después de la prescripción médica realizada por los miembros de la 7ª brigada médica, observamos el siguiente fenómeno de distribución, a tres de los pacientes no se



les prescribió medicamentos, pero fueron cuatro pacientes los que no recibieron medicamentos, lo que significa que solamente una persona no recibió medicamentos para su problema de salud. A la mitad de los pacientes que se les prescribió uno o dos medicamentos se les dio el tratamiento completo, sin embargo aparecen más de la mitad de los pacientes con uno o dos medicamentos recibidos; caso contrario al de los pacientes que se les prescribió más de tres medicamentos (politerapia), ya que estos no recibían el tratamiento completo para sus problemas de salud. La razón por la cual aparecen más pacientes que recibieron uno o dos medicamentos es porque los pacientes a los que se les prescribieron más de tres medicamentos sólo recibían uno o dos, lo cual indica que se estaban prescribiendo medicamentos que no se encontraban en la unidad de salud.

En relación al mapa conceptual presentado, es importante destacar que no se encontró diferencias entre los puntos de vista sobre los temas abordados durante la entrevista a cada uno de los grupos focales.

Con respecto al tópico sobre estructura comunitaria, los resultados demuestran que a pesar de existir una organización para cada comunidad, en la realidad no todos los líderes de las comunidades cumplen la funciones establecidas para el cargo que se les asignó, es decir que sólo una minoría de los miembros cumplen con sus obligaciones como líder comunitario, siendo una de las expresiones de la líder de km 43: *“La directiva está formada por 11 miembros, pero lo que están moviéndose y trabajando somos tres nada más”*.

La población de Tasba Pri, se ubica en una de las zonas de extrema pobreza en nuestro país, con un aislamiento geográfico, por lo que es una zona de difícil acceso, de bajo nivel de educación y con una vulnerabilidad a los múltiples desastres naturales, siendo estas condiciones parte de las limitantes para el desarrollo en estas comunidades ^(3, 14); Además se agrega el abandono por parte del MINSA, que expresaron líderes de las tres comunidades, *“estuvimos abandonados por más de 25 años y con problemas en todos los aspectos de la*



salud"... , debido a que se cuenta solamente con 4 recursos médicos para toda la zona y es tan grande la demanda de la población que no se logra cubrir todas las comunidades, es por ello que el trabajo del MINSA se siente nulo en esta zona.

Por todo lo antes mencionado es que en el momento de un desastre natural es imposible cubrir toda la demanda de la población, como en el pasado fenómeno natural que afecto grandemente a todas estas comunidades pobres, trayendo consigo grandes pérdidas humanas, materiales y condiciones precarias que hicieron aún más necesario el trabajo del personal de salud ante este estado de emergencia, he aquí donde realizan su intervención las brigadas médicas de la UNAN-León ante las necesidades de las comunidades que lo demandaban. Realizaron actividades promoción en salud y prevención de enfermedades que eran propicias a epidemias o brotes, en la situación que se encontraban todas las familias de la zona. Algunas de las frases de los líderes demostraban el gran apoyo brindado por todas las brigadas médicas: *“Nos han ayudado en tiempo oportuno”, “nos estuvieron enseñando de cómo clorar el agua y prevenir enfermedades”... “estamos agradecidos, ustedes fueron los primeros que han venido después del huracán Félix y se han quedado”...* Todas estas expresiones demuestran el sentir de la población y los beneficios logrados por las brigadas médicas de la UNAN- León, al realizar sus practicas de APS en zonas donde se necesita de mayor personal de salud para cumplir con las demandas que solicita la población.

Para finalizar la entrevista en cada uno de los grupos focales surgió la petición de que el trabajo realizado por las brigadas médicas de la UNAN- León continúe y que además se apoye en otras áreas a parte de la salud, como son educación, recursos naturales, materia prima, etc. ya que la ayuda de parte del gobierno a estas comunidades es considerado nulo y que los beneficios son para una minoría de familias, ello se muestra a través de frases expresadas por la líder de una de las comunidades en relación a esta labor : *“me sorprende que*



ustedes estén aquí, por que aquí la mayoría pasan y no se detienen”... “la verdad me siento feliz y contenta y ojalá no nos abandonen”.

Gran parte de los pobladores de la zona mencionan que gracias al huracán Félix hay más y mejor atención especializada y con mayor cobertura de las comunidades, *“Gracias al huracán hay más y mejor atención especializada en la clínica y más cobertura a la gente”*, lo que refleja la gran satisfacción por parte de los líderes comunitarios y la población en general al contar con este apoyo que nunca se había tenido. Todo esto es una motivación para todos los futuros profesionales de la salud en esforzarse por ser cada día mejores para responder a las necesidades de comunidades que son poco atendidas.

Entre las fortalezas que nos ayudaron a realizar este estudio tenemos:

- Apoyo de los líderes comunitarios.
- Contar con la información de la tercera brigada médica, de suma importancia para poder realizar el estudio.

Dentro de las debilidades que se presentaron en el estudio están:

- Poca información de la situación de salud de la zona estudiada (Tasba Pri - RAAN)
- Poca conocimiento de la región y población en estudio.
- Procedencia de los pacientes.
- No contar con datos sociodemográficos de la zona.
- Factores climáticos (abundantes lluvias).
- Inaccessibilidad al resto de comunidades.
- Corto periodo de estudio.



X.- CONCLUSIONES

- Los principales diez motivos de consulta encontrados durante la visita de la tercera brigada médica de la UNAN-León en la comunidad de Sahsa fueron: Infecciones respiratorias aguda, parasitosis, infecciones de vías urinarias, enfermedades diarreicas agudas, mialgia, escabiasis, neumonía, micosis anemia e hipertensión arterial.

- Los principales diez motivos de consulta encontrados durante la visita de la sexta brigada médica de la UNAN-León en la comunidad de Sahsa fueron: Infecciones de vías urinarias, vigilancia para el control de crecimiento y desarrollo, planificación familiar, infecciones respiratorias agudas, faringoamigdalitis, parasitosis, neumonía, enfermedades diarreicas agudas, enfermedades dermatológicas y control prenatal.

- Los motivos de consulta que se repitieron en ambos periodos de estudio fueron: IRAs, EDAs, parasitosis, IVUs, neumonía y enfermedades dermatológicas; Sin embargo las únicas que tuvieron una diferencia significativa fueron: IRAs, IVUs y neumonía.

- Los habitantes de las comunidades del territorio de Tasba Pri tienen una buena percepción en relación al trabajo realizado por las brigadas médicas de la UNAN-León en beneficio de su salud y consideran necesario la continuación de las brigadas médicas.



XI.- RECOMENDACIONES

- Al Ministerio de Salud (MINSA), para una vigilancia de los casos de infecciones respiratorias agudas, como Neumonía en período posterior a un desastre natural.

- A la Facultad de Ciencias Médicas, para que continúen enviando brigadas médicas a esta zona (Tasba pri-RAAN), puesto que se ha observado un aumento en la cobertura de los programas de salud.

- A los estudiantes de carrera de medicina, para que sigan realizando estudios en esta región (RAAN) de la que poco se conoce, pero que encierra un rico potencial para el aprendizaje científico.

- A la UNAN- León, considerar la posibilidad de integrar a otras carreras (agroecología, veterinaria, enfermería, psicología, trabajo social, etc.) para la capacitación de personas de esta región, dispuestas a mejorar el aprovechamiento de recursos naturales.



XII.- BIBLIOGRAFÍA

- 1) Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Nicaragua. Informe de Desarrollo Humano. Las Regiones Autónomas de la Costa Caribe, Parte II: Perspectivas, Sujetos e Historia; 2005.
- 2) Organización Panamericana de la Salud (OPS) oficina regional de la Organización de la Salud (OMS); Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS en Nicaragua 2004-2008. Marzo, 2005.
- 3) Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Nicaragua. Informe de Desarrollo Humano. Las Regiones Autónomas de la Costa Caribe, Parte I: Conceptos y Criterios; 2005.
- 4) Organización de las Naciones Unidas (ONU): Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL. Nicaragua: Evaluación de los daños causados por el Huracán Mitch (1998). 3/03/99.
- 5) Herrera A, Peña E. Reporte de Tercera Brigada Médica (4 al 9 de octubre, 2007), UNAN-León
- 6) Palacios L.: Huracán Félix deja rastro de hambruna, epidemias y estallido social. El Nuevo Diario, Managua, 13 -09-07. www.Elnuevodiario.com.ni
- 7) : Acción Médica Cristiana (ACM). Huracán Félix, afectará Costa Caribe de Nicaragua. Managua, Nicaragua. Boletín Informativo N° 1. Realizado el 3/09/07. www.amc.org.ni
- 8) Garth J. Huracán Félix: cronología, trayectoria y víctimas del Félix. Realizado el 4/09/07. www.wikipedia.com:



- 9) Romero E. Sahsa una de las más devastadas. La Prensa, Managua. Elaborado, 5/09/07. www.LaPrensa.com.ni
- 10) Sánchez L. Félix causa nueve muertos a su paso por Nicaragua. La Prensa, Managua. Elaborado, 5/09/07. www.LaPrensa.com.ni
ediciondigital@laprensa.com.ni
- 11) : Acción Médica Cristiana (ACM), Tras el paso del Huracán Félix, Costa Caribe de Nicaragua Managua, Nicaragua; Boletín Informativo N° 3. Realizado el 4/09/07. www.amc.org.ni
- 12) : Acción Médica Cristiana (ACM), Estado de desastre, RAAN-Nicaragua. Managua, Nicaragua; Boletín Informativo N° 4. Realizado el 5/09/07. www.amc.org.ni
- 13) Acción Médica Cristiana (ACM). Evaluación de daños, desde equipos locales de ACM, Managua, Nicaragua. Boletín Informativo N° 5: Realizado el 6/09/07. www.amc.org.ni:
- 14) Asamblea Nacional de Nicaragua: “Ley del Régimen de Propiedad Comunal de los Pueblos Indígenas y Comunidades étnicas de las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica de Nicaragua y de los ríos Bocay, Coco, Indio y Maíz (2003). “Ley General de Salud”, Managua (2002). “Ley de Municipios y su Reglamento”, Editorial Jurídica Managua (1997). Constitución Política de Nicaragua, Editorial Jurídica (2000).
- 15) Acción Médica Cristiana (ACM). Reporte Especial Sahsa-Tasba Pri: Huracán Félix, informe especial desde Sahsa, Tasba Pri. Managua, Nicaragua; Realizado el 8/09/07. www.amc.org.ni:



- 16) Centro de Desarrollo Ambiental y Promoción del desarrollo (CEDAPRODE); Boletín informativo N° 2: Huracán Félix, estrago a su paso por Nicaragua. Realizado 10/09/07.
- 17) Acción Médica Cristiana (ACM), Huracán Félix, respondiendo a la tragedia, reponiendo con esperanza. Managua, Nicaragua. Boletín Informativo N° 7: Realizado el 10/09/07. www.amc.org.ni
- 18) Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – León. División de Relaciones Públicas: Brigadas Médicas de la UNAN-León presente en la RAAN. Realizado 16/10/07.
- 19) Reaman, John; Leivesley, Sally & Hogg, Christine. Epidemiología de desastres naturales. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1989. Versión en español por Dr. José Blengio Pinto.
- 20) Departamento de Salud y control ambiental de Carolina del Sur. HURACÁN cuidados y preocupaciones. Una guía de protección para residentes. Permaneciendo seguros después de la tormenta, 2006.
- 21) Boletín especial n° 1: Emergencia por el impacto del Huracán Félix en Nicaragua, UNICEF, Septiembre 2007
- 22) Informe preliminar situación del territorio de Tasba Pri – Puerto Cabezas, RAAN. Elaborado lunes 10 de Septiembre del 2007.
- 23) Informe sobre la situación epidemiológica en Centroamérica después del Huracán Mitch. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud; 18 de Noviembre de 1998.



- 24) SILASIS – RAAN (Bilwi). Datos estadísticos de Sahsa, Tasba Pri, 2006.

- 25) Océano MOSBY. Diccionario de Medicina. 4ª edición, 2003.

- 26) UMEA, University department of public health and clinical medicine.
Coding qualitative data generate “open code ver 3.4 for windows”.
Program available on:
[//www8.umu.se/pmmed/epidemi/forskning/open_code.html](http://www8.umu.se/pmmed/epidemi/forskning/open_code.html)

XIII.- Anexos

Anexo # 1 Morbilidad de la comunidad de Sahsa posterior al huracán Félix 2007 - 2008																														
Diagnóstico	0-7 días		8-28 días		29-11 meses		1 año		2-4 años		5-9 años		10-14 años		15-19 años		20-34 años		35-49 años		50-59 años		60-64 años		65 y mas		Total			
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M

Anexo # 2

Entrevista de Salida

1. En relación a la atención en la consulta que acaba de recibir. ¿Cómo lo califica?

Muy buena ____ Buena ____ Regular ____ Mala ____ Muy mala ____

2. ¿Cómo se portó el médico que lo atendió en la consulta médica que acaba de recibir?

Muy bien ____ Bien ____ Regular ____ Mal ____ Muy mal ____

3. ¿Le dieron medicamento enviado para su problema de salud?

Si ____ No ____

4. Del medicamento prescrito por el médico, ¿Qué cantidad le dieron?

Medicamento prescrito	Medicamento recibido
_____	_____

5. ¿Cómo eran las consultas antes del paso del Huracán Félix?

Muy buena ____ Buena ____ Regular ____ Mala ____ Muy mala ____

6. ¿Cuál es su opinión acerca del personal de salud, antes de la visita de las Brigadas Médicas?

Muy Bueno ____ Bueno ____ Regular ____ Malo ____ Muy malo ____

7. Después de la llegada de las Brigadas Médicas de la UNAN-León. ¿Le han rechazado algún día para ser atendido(a)?

Si ____ No ____

8. ¿Cómo valora la intervención de las Brigadas Médicas?

Muy Buena ____ Buena ____ Regular ____ Mala ____ Muy mala ____

9. ¿Usted cree que a través de la participación de las Brigadas Médicas de la UNAN-León ha mejorado la situación de salud en la población de Sahsa?

Sí _____ No _____

10. Según su criterio, ¿Cree que es necesario continuar la visita de las Brigadas Médicas de la UNAN-León en estas comunidades?

Sí _____ No _____

11. ¿Cuánto tiempo espero para ser atendido por la brigada médica?

Menos de 15 min _____ 15 a 60 min _____ Más de 1 hora _____

Anexo # 3

Preguntas para Entrevista a Grupos Focales

1. ¿Cuál es su nombre y qué cargo desempeñan en la comunidad?
2. ¿Cómo se formó la comunidad de: Km 43, Km 51, Sahsa?
3. ¿Cómo se encuentran estructurados y quién es la máxima autoridad?
4. ¿Quién los elige ser autoridad y cuál es la función de cada uno en la comunidad?
5. ¿Qué tipo de alimentos cultivan y a qué se dedican?
6. ¿Qué han escuchado de las Brigadas Médicas, saben qué hacen y de dónde vienen?
7. ¿Conocen cuál es el objetivo de esas Brigadas Médicas?
8. ¿Han sido visitado por las brigadas Médicas que están en el hospitalito de Sahsa?
9. ¿Cómo valora el trabajo que han realizado las Brigadas Médicas después del Huracán Félix?
10. ¿Cree usted que estas brigadas han atendido a otras comunidades más lejanas?
11. ¿Cómo hacen ustedes con las mujeres embarazadas?
12. ¿Considera que ha mejorado la atención de la población en cuanto a salud se refiere?
13. ¿Cómo hacen con las vacunas de los niños?
14. Si tuviera a la máxima autoridad de nuestra universidad. ¿Qué le solicitaría para su comunidad?

15. ¿En qué otras áreas a parte de salud les gustaría se les ayudara?
16. ¿Cómo podríamos mejorar nuestro trabajo en su comunidad?
17. ¿Ustedes creen que hay personas dispuestas a trabajar con nosotros, por el bienestar de la comunidad?
18. ¿Cuáles serian sus prioridades como comunidad para su desarrollo?
19. ¿Actualmente hay organismos trabajando con ustedes?