UNIVERSIDAD NACIONAL DE COSTA RICA
ESCUELA DE FILOSOFÍA Y LETRAS
INSTITUTO DE ESTUDIOS LATINOAMERICANOS
IDELA

SEMINARIO DE GRADUACIÓN EN
ESTUDIOS LATINOAMERICANOS
"AMÉRICA LATINA EN EL SIGLO XXI"

LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS INMIGRANTES NICARAGÜENSES EN COSTA RICA

MEMORIA PARA OPTAR POR EL GRADO DE
LICENCIATURA EN ESTUDIOS LATINOAMERICANOS

Díaz Fernández Lorena
Fernández Valverde Marvin
Lara Bolaños Laura
Pino Chacón Gabriela

Heredia, Costa Rica, 2004

Signatura	Nº inscripción

UNIVERSIDAD NACIONAL
Centro de
Documentación
de Filosofía

Devuelva este libro en
la última fecha indicada

FECHA	HORA

BIBLIOTECA ESPECIALIZADA
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
UNIVERSIDAD NACIONAL
DEVOLVER EL:
* 18 FEB. 2009 *

BIBLIOTECA ESPECIALIZADA
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
UNIVERSIDAD NACIONAL
DEVOLVER EL:
* 25 NOV 2010 *
RECIBIDO
DCyS

UNIVERSIDAD NACIONAL

DE COSTA RICA

ESCUELA DE FILOSOFÍA Y LETRAS

INSTITUTO DE ESTUDIOS LATINOAMERICANOS

IDELA

SEMINARIO DE GRADUACIÓN EN

ESTUDIOS LATINOAMERICANOS

"AMÉRICA LATINA EN EL SIGLO XXI"

LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS INMIGRANTES NICARAGÜENSES EN COSTA RICA

MEMORIA PARA OPTAR POR EL GRADO DE

LICENCIATURA EN ESTUDIOS LATINOAMERICANOS

Díaz Fernández Lorena

Fernández Valverde Marvin

Lara Bolaños Laura

Pino Chacón Gabriela

UNIVERSIDAD NACIONAL
Centro de
Documentación
de Filosofía
HEREDIA COSTA RICA

Heredia, Costa Rica, 2004

tesis
#5076
FI6050

SIDUNA
FI6050

LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS INMIGRANTES NICARAGÜENSES EN COSTA RICA

**El caso de los distritos León XIII,
del cantón de Tibás en San José y
Quesada, del cantón de San Carlos en Alajuela**

UNIVERSIDAD NACIONAL

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
INSTITUTO DE ESTUDIOS LATINOAMERICANOS
(IDELA)

SEMINARIO DE GRADUACION
ESTUDIOS LATINOAMERICANOS

Los servicios de salud pública desde la perspectiva de los inmigrantes nicaragüenses en Costa Rica

Memoria del Seminario de Graduación en Estudios Latinoamericanos "América Latina en el Siglo XXI" presentada para optar por el grado de Licenciatura en Estudios Latinoamericanos, el día 30 de abril del 2004 ante el Tribunal Examinador conformado por:

M.A. Jorge Alfaro Pérez, Decano de la Facultad de Filosofía y Letras

M.A. Julián González Zúñiga, Director IDELA

M.Sc. Rafael Cuevas Molina, Lector

Lic. Guillermo Jiménez Mora, Lector

Licda. Marta Morera Salas, Responsable del Seminario

Lic. Mario G. Víquez Vargas, Responsable del Seminario

Sustentantes:

Díaz Fernández Lorena
Fernández Valverde Marvin
Lara Bolaños Laura
Pino Chacón Gabriela

Heredia, Campus Omar Dengo

Abril, 2004.

"Occidente y sus jerarquías políticas, militares, sociales y económicas han estado más ocupados del progreso abusivo y vergonzante de la producción, la especulación y el beneficio globalizados, que de una adecuada redistribución de la riqueza; de una política de exclusión social que de una mayor atención a la integración de los pueblos o de una política de inmigración progresiva y solidaria; del mantenimiento y exigencia de la deuda externa, que de la implementación de recursos en esos países a los que ahora se les pide ayuda o comprensión o a los que se les amenaza con la guerra final, con "la justicia infinita" o con la paz duradera".

Baltasar Garzón, La Respuesta

INDICE

SIGLAS

INTRODUCCIÓN 1

OBJETIVO GENERAL: 7

FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA 8

ESTADO DE LA CUESTIÓN 16

CONTEXTO HISTÓRICO DEL FENÓMENO MIGRATORIO NICARAGÜENSE 20

MARCO TEÓRICO 35

MARCO METODOLÓGICO 44

CAPITULO I

SISTEMAS DE SALUD DE NICARAGUA Y DE COSTA RICA 60

HACIA LA SEGURIDAD SOCIAL 61

LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMÉRICA LATINA 63

SISTEMA DE SALUD DE NICARAGUA 65

SISTEMA DE LOS SERVICIOS ACTUALES DE SALUD EN NICARAGUA 68

SISTEMAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COSTA RICA 72

Breve reseña histórica *72*

PLAN NACIONAL DE SALUD EN COSTA RICA 78

FUNCIONAMIENTO DE LOS EBAIS 83

CAPITULO II

CARACTERIZACIÓN DE LAS COMUNIDADES 87

QUESADA, SAN CARLOS 87

LEÓN XIII 95

Población nicaragüense *103*

CAPITULO III

SITUACIÓN DE SALUD DE LAS COMUNIDADES 105

CIUDAD QUESADA 105

SERVICIOS DE SALUD QUE SE BRINDAN A LA COMUNIDAD 113

EBAIS *113*

HOSPITAL DE SAN CARLOS *115*
LA SITUACIÓN EN LEÓN XIII 116
SERVICIOS DE SALUD QUE SE BRINDAN EN LA COMUNIDAD 131
EBAIS LEON XIII *131*
CLINICA CLORITO PICADO *133*
CRUZ ROJA DE CUATRO REINAS DE TIBAS *136*

CAPITULO IV

PERCEPCIÓN DEL MIGRANTE NICARAGUENSE SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE RECIBE EN COSTA RICA 138

CONCLUSIONES 169

BIBLIOGRAFÍA 175

FUENTES 188

ANEXOS

FOTOGRAFÍAS

SIGLAS

A	
AEC:	
ARESEP:	Autoridad Reguladora de Servicios Públicos
ASCQ:	Área de Salud Ciudad Quesada
ASEMECO:	Asociación de Servicios Médicos Costarricenses (Razón Social de la Clínica Bíblica).
ASIS:	Análisis de la Situación Integral en Salud
ASN:	Autoridad Sanitaria Nacional
ATAP:	Asistente Técnico de Atención Primario
A y A:	Acueductos y Alcantarillados
B	
BID:	Banco Internacional de Desarrollo
C	
CCSS:	Caja Costarricense de Seguro Social
CELADE:	Centro Latinoamericano de Demografía
CEN-CINAI:	Centro de Educación y Nutrición/ Centro Integral de Nutrición y Atención Integral
CEPAL:	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIDH:	Corte Interamericana de Derechos Humanos
CNE:	Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencia
CNFL:	Compañía Nacional de Fuerza y Luz
COOPELESCA RL:	Cooperativa de Electrificación Rural de San Carlos
COOPESAIN:	Cooperativa de Salud Integral (Clínica Bíblica)
CR:	Costa Rica
D	
DAPE:	Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la CCSS
DESAF:	Dirección General de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares
DHR:	Defensoría de los Habitantes de la República
E	
EBAIS:	Equipo Básico de Atención Integral en Salud
EMP:	Médicos Provisionales
ENSR:	Encuesta Nacional de Salud Reproductiva
ESRH:	Encuesta de Salud Reproductiva y Migración

UNIVERSIDAD NACIONAL
Centro de
Documentación
de Filosofía
HEREDIA - COSTA RICA

ESMP-99:	Encuesta Nacional de Salud Reproductiva y Migración, de 1999 – 2000.
ETS:	Encuesta de Transmisión Sexual
E y M:	Enfermedad y Maternidad
F	
FESP:	Funciones Esenciales en Salud Pública
FLACSO:	Facultad Latinoamericana de Ciencias Económicas
G	
GAM:	Gran Área Metropolitana
H	
HTA:	Hipertensión Arterial
I	
ICAA:	Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados
ICE:	Instituto Costarricense de Electricidad
IDELA:	Instituto de Estudios Latinoamericanos
IDH:	Índice de Desarrollo Humano
IDS:	Índice de Desarrollo Social
IED:	Inversión Extranjera Directa
IFAM:	Instituto de Fomento y Asesoría Municipal
IIDH:	Instituto Interamericano de Derechos Humanos
IMAS:	Instituto Mixto de Ayuda Social
INA:	Instituto Nacional de Aprendizaje
INAA:	Instituto Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados
INCIENSA:	Instituto Costarricense de Investigación Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud
INEC:	Instituto Nacional de Estadística y Censos
INIFORM:	Instituto Nicaragüense de Fomento Municipal
INISA:	Instituto de Investigación en Salud
INSS:	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
INVU:	Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo
IVM:	Invalidez, Vejez y Muerte
IVRS:	Infección en vías respiratorias superiores

L

LPT:	Ley de Protección al Trabajador

M

MAGFOR:	Ministerio Agropecuario y Forestal
MARENA:	Ministerio del Ambiente y Recursos Naturales
MEIC:	Ministerio de Economía, Industria y Comercio
MEP:	Ministerio de Educación Pública
MINAE:	Ministerio de Ambiente y Energía
MINSA:	Ministerio de Salud
MOPT:	Ministerio de Obras Públicas y Transportes
MTSS:	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

N

NBI:	Necesidades Básicas Insatisfechas (Método e Cálculo de la Pobreza)

O

OCIS:	Oficina de Cooperación Internacional de la Salud
OIJ:	Organismo de Investigación Judicial
OIT:	Organización Internacional del Trabajo
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONG:	Organización no Gubernamental
ONU:	Organización de las Naciones Unidas
OPC:	Operadora de Pensiones Complementaria
OPS:	Organización Panamericana de la Salud

P

PAE:	Programa de Ajuste Estructural
PAHO:	Organización Mundial de la Salud
PAO:	Plan Anual Organizativo
PEA:	Población Económicamente Activa
PIB:	Producto Interno Bruto
PNUD:	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

R

REM:	Régimen de Enfermedad y Maternidad
R IVM	Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte
RN CP	Régimen no Contributivo de Pensiones

S

SIBDI:	Servicio Integrado de Bibliotecas de Investigación
SILAIS:	Sistemas Locales de Atención Integral en Salud
SIMINSA:	Sistema de Información Integrado en Salud
SINAHI:	Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil
SUGESS:	Superintendencia General de Servicios de Salud
SSB:	Servicios Básicos en Salud

U

UCR:	Universidad de Costa Rica
UNA:	Universidad Nacional
UNDP:	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNIBE:	Universidad Iberoamericana

INTRODUCCIÓN

"Migrante: Viajero lleno de memoria tanto como de proyectos y que se descubre y se construye a si mismo en ese esfuerzo de cada día para anudar el pasado al futuro, la herencia cultural a la inserción profesional y social".

Alan Touraine, Crítica de la Modernidad

Inmigrantes, pobreza y globalización se entrelazan a la luz de la dinámica neoliberal del capitalismo actual.

Como resultado de la globalización, el capitalismo logró expandirse geográficamente a un ritmo impensable hace 60 años. Ha abarcado bajo su influencia política, económica, social y cultural, a una gran mayoría de las sociedades a nivel mundial y favorecido la homogenización cultural de los diferentes pueblos de la tierra. Este es un proceso de dominación y dependencia que le ha permitido a las viejas metrópolis europeas, a los Estados Unidos de América y a las grandes compañías transnacionales, mantener un control cerrado sobre la dinámica mundial.

Ello ha representado la continua concentración de los beneficios económicos en pocas manos, con un círculo cada vez más reducido de personas se benefician de la riqueza producida e intercambiada a nivel mundial. Un alto porcentaje de los habitantes del mundo (que mayoritariamente viven en los países menos desarrollados), se ven absorbidos en un sistema que no reproduce las posibilidades de desarrollo de la sociedad en su conjunto y que por lo tanto, limita sus

posibilidades de participación social y de toma de decisiones. Ser marginados de los mínimos beneficios de una sociedad, cuyos patrones de consumo y tendencias ideológicas, favorecen una dinámica social que no logra ,en la mayoría de los casos, el desarrollo del conjunto de la población.

Esta nueva faceta del sistema capitalista ha podido manifestarse gracias a los avances tecnológicos, que en los últimos 60 años extendió el alcance de la comunicación humana y redujo, al mismo tiempo, la duración de sus efectos. No solamente las telecomunicaciones permiten actualmente el contacto casi inmediato entre cualquier punto del planeta, sino también el desplazamiento físico de personas, mercancías y bienes es más rápido y eficiente. Esto ha traído como consecuencia las inversiones de capital a nivel mundial para la producción de mercancías y ha creado diferentes tipos de ofertas laborales y con ello un creciente flujo de personas, que buscan escapar a la marginalidad y a la miseria en sus propios países, emigrando e iniciando una nueva vida en el extranjero.

Costa Rica, como economía dependiente dentro de un continente cambiante, está inmersa en este fenómeno. A partir de 1990, el flujo migratorio de nicaragüenses hacia Costa Rica que ha caracterizado la historia de estos dos países se agudizó. Dicha migración tiene características básicamente laborales. La inestable y la precaria situación económica nicaragüense, son los ejes dinamizadores. Abelardo Morales, en su libro Redes Transfonterizas enumera una serie de aspectos que evidencian esta situación:

- La recesión económica presente en Nicaragua en los 80.

- La disminución del tamaño del Estado. Sobre este último es importante citar, que esta crisis se agudiza en los años 90, con la puesta en marcha de los llamados PAE, que, más que un beneficio para Nicaragua, significó: la privatización de la banca y por lo tanto la pérdida de acceso al crédito para la producción, la privatización paulatina de las Instituciones del Estado que redujo sus servicios a la población más desfavorecida, el deterioro en los servicios de salud y educativos, un creciente desempleo, un proceso de globalización que evidentemente está desgastando la economía del país nicaragüense, y que a pesar de todos los problemas que presenta ha golpeado menos a la economía de Costa Rica. Esto implica que ante la apertura del mercado laboral, con el fin de competir más eficientemente, Costa Rica ha contratado más mano de obra nicaragüense para realizar labores duras y poco remuneradas. A la vez trae consigo el aumento de la pobreza en Costa Rica, como también lo advierten los dos últimos Informes del Estado de la Nación.

La afluencia masiva de nicaragüenses a territorio costarricense, se da en momentos en que la economía costarricense tiene problemas de crecimiento y no tiene capacidad de respuesta a sus demandas. En el pasado organismos internacionales prestaban ayuda al gobierno costarricense en la atención a los inmigrantes niucaraguenses, por considerarlos refugiados políticos, pero esto cambio hace varios años.

Si bien estos inmigrantes a través de sus trabajos generan riqueza, no solo como mano de obra indispensable para varios sectores productivos

y de servicios, sino que también como consumidores de los bienes para su sobreviviencia cotidiana. Esta riqueza no necesariamente se refleja en ingresos para el Estado costarricense como aporte a la sostenibilidad del aparato de asistencia social del mismo. Esto por cuanto, millones de colones, en remesas, son enviados a Nicaragua a las familias de los indocumentados y familias inmigrantes asentadas en Costa Rica.

Otra razón para el aumento en la presión sobre los servicios sociales se debe a que en términos generales, a pesar del incremento demográfico existe la tendencia del Estado costarricense a mantener los niveles de servicio a lo largo del tiempo o bien de irlos restringiendo de una manera muy sutil. Esta situación ha contribuido a la formación de estereotipos negativos que el costarricense manifiesta hacia la población nicaragüense, que tienden a aumentar debido a la situación de marginalidad que los inmigrantes nicaragüenses arrastran desde Nicaragua.

El nicaragüense en Costa Rica se ubica tanto en la zona rural como en la urbana. Esto implica que las condiciones en las cuales se desarrolla, van a variar dependiendo del espacio en que se ubiquen y de las necesidades que busquen satisfacer. Es por esta razón que se considera importante conocer la situación en la cual viven y se desarrollan los inmigrantes nicaragüenses en dos comunidades de Costa Rica: en el Área Metropolitana se escogió la comunidad de León XIII, cantón de Tibás y en la zona rural la comunidad de Ciudad Quesada, cantón de San Carlos, Región Huetar Norte.

Son dos comunidades que reúnen características diferentes entre sí dentro del contexto rural y urbano. Coinciden en la precaria situación en

que viven la mayoría de los inmigrantes nicaragüenses y se manifiestan en condiciones de hacinamiento, baja higiene y dificultades de acceso a los servicios básicos, como agua potable y electricidad domiciliar. Por otra parte existe en ellas una fuente de atención directa en el campo de la salud: el Hospital San Carlos y EBAIS en Quesada y un EBAIS en León XIII.

De acuerdo con el estudio sobre la región Huetar Norte, contenido en el Estado de la Nación de 1997, esta región junto con la Valle Central son dos de las regiones que soportan mayor volumen de inmigrantes nicaragüenses. En asentamientos, el Valle Central ocupa el primer lugar y el segundo lugar lo ocupa la Región Huetar Norte. En cuanto a tránsito de inmigrantes, la Región Norte está en primer lugar, en comunidades tales como: Pital, Los Chiles, Upala, La Fortuna, Aguas Zarcas y Quesada los inmigrantes nicaragüenses han transitado y se han establecido por décadas. A estos datos se agregan los presentados por el Estado de la Nación # 8 del año 2001. En él se reitera el aumento que experimenta la migración de nicaragüenses a Costa Rica. Se da la característica de una mayor concentración de mujeres en las zonas urbanas, contrario a lo que sucede en el área rural, donde prevalecen (por poco margen) los hombres, esto según el Censo de Población 2000.

En el caso del Valle Central, la población inmigrante gravita alrededor de la oferta laboral comercial, de servicios e infraestructura que les brinda esta área. Los hombres se insertan en el sector de la construcción y la vigilancia, por su parte las mujeres trabajan principalmente en el servicio doméstico. La mayoría de estas personas se concentran en los barrios populares del Valle Central y se mezclan con la población pobre

de Costa Rica en comunidades como Alajuelita, Ipís de Guadalupe y León XIII entre otros, o bien en las zonas de precarios, alrededor de estos barrios pobres.

Es importante mencionar además, que la región norte de Costa Rica se ha convertido en sitio de tránsito para los nicaragüenses, quienes mientras obtienen un permiso de residencia temporal o indefinido en el país, se asientan en dicha zona y desempeñan labores agrícolas. Una vez aclarada su situación migratoria, se dirigen hacia el Valle Central con la idea de mejorar su situación socioeconómica y desempeñarse en labores mejor remuneradas.

En términos generales, la población inmigrante nicaragüense es altamente vulnerable, tal como lo sostiene Didier Fassin[1]. Si bien la pobreza amenaza por igual la vida de nacionales como de inmigrantes, estos últimos presentan mayor vulnerabilidad en relación con los primeros por estar más desprotegidos frente al Estado y porque generalmente arrastran una historia de marginalización desde su país de origen.

Debido al peso demográfico creciente de los nicaragüenses en Costa Rica, representan la mayor minoría del país[2] y a su situación de vulnerabilidad, marginación y pobreza. Es importante conocer sus puntos de vista, sus necesidades y percepciones respecto a los servicios que reciben del estado costarricense, dentro de los que se inscriben los servicios de salud, como contribución al conocimiento de esta cambiante sociedad costarricense.

---

1 Fassin, Didier. Peut-on étudier la santé des étrangers et des inmigrés? Publications Plein Droit #38,

2 Representan entre un 7 y un 15 por ciento de la población de Costa Rica. Las cifras más conservadoras son en base al Censo de Población 2000 que arroja 258.000 personas y las más elevadas según estimaciones de estudios de la Fundación Arias de 1999.

Entender plenamente los procesos que, como el migratorio, afectan profundamente a una sociedad, facilita el proceso de adaptación de la misma a los cambios. Es en este sentido que el presente trabajo pretende ser una contribución, entre otras cosas, a la toma de conciencia por parte del costarricense no solo de las necesidades de esta población que se instala en el territorio costarricense, sino que también de las necesidades de adaptación de la sociedad a la luz del fenómeno migratorio nicaragüense.

El trabajo trata específicamente de la situación ante los servicios de salud, pues los fenómenos migratorios afectan de forma directa esta situación de las poblaciones de acogida tanto en lo inmediato desde el punto de vista epidemiológico y demográfico, como a mediano y largo plazo en las políticas estatales para brindar servicios a esta población.

Tomando como referencia lo anteriormente señalado, se propone desarrollar la investigación siguiendo los siguientes objetivos:

Objetivo general:

Conocer la percepción que tienen actualmente los inmigrantes nicaragüenses residentes en Costa Rica respecto a los servicios de salud pública que les brinda el Estado costarricense, específicamente en las comunidades de Quesada, cantón de San Carlos y León XIII, Cantón de Tibás.

Del objetivo anterior se desglosan los siguientes objetivos específicos:

1- Identificar la situación de salud que enfrentaron los actuales inmigrantes nicaragüenses antes de migrar a Costa Rica.

2- Conocer la situación de salud en que se desenvuelve la población inmigrante nicaragüense residente en Costa Rica.

3- Lograr una aproximación al reconocimiento de las necesidades básicas en materia de servicios de salud, requeridas por la población inmigrante en Costa Rica.

4- Conocer la perspectiva que tiene el costarricense respecto al inmigrante nicaragüense y a la utilización de los servicios de salud por parte de esta población.

Para el crecimiento del IDELA como instituto de investigaciones, es de interés un estudio sobre los cambios que un movimiento humano produce en la sociedad de acogida en cualquier nación latinoamericana. Se considera, además, que dicho estudio se realiza en el país sede del Instituto y sobre un tema que ocupa la atención constante de los medios de comunicación, del Estado y de la población en general. Un estudio como este ayuda a entender el fenómeno migratorio nicaragüense presente en Costa Rica, los cambios producidos por él, en la sociedad costarricense y específicamente su posible impacto en los servicios de salud.

Fundamentación del Problema

El sistema capitalista ha mostrado una gran capacidad para sobrevivir y adaptarse a las nuevas situaciones, lo que ha permitido un continuo desarrollo, manteniendo su intrínseca inequidad en la distribución de los bienes a escala mundial. Esto ha provocado una expansión y profundización de la pobreza y exclusión social. Gracias a una serie de

desarrollos tecnológicos, científicos y sociales el capitalismo logra englobar de manera acelerada todas las esferas de la convivencia humana a escala mundial.

La globalización, según Beck Urlich, es entendida como "la perceptible pérdida de fronteras del quehacer cotidiano en las distintas dimensiones de la economía, la información, la ecología, la técnica, los conflictos transculturales y la sociedad civil"[3], es responsable de una serie de nuevos fenómenos económicos y sociales que afectan la totalidad de la vida social, como son la redistribución territorial de la producción, la consolidación del capital transnacionalizado, el predominio del capital financiero y la redefinición de la división mundial del trabajo. Esto provoca un desplazamiento de la mano de obra, para cubrir las nuevas necesidades del mercado tanto en el ámbito de la producción como del consumo. Desde luego, el capitalismo no es solamente un fenómeno económico, sino que abarca toda la vida social, por lo que las migraciones no sólo adquieren forma de desplazamientos humanos por causas económicas, sino también adquieren forma de desplazamientos por razones políticas, sociales y culturales.

Dentro de este contexto, Centro América, en su posición de pobreza y dependencia de los centros metropolitanos, ha sido particularmente vulnerable a las políticas económicas de dichos centros de poder, lo que ha provocado una larga historia de crisis políticas, económicas y sociales. Nicaragua está lejos de ser la excepción; muy por el contrario, se ha convertido en un país expulsor de población.

---

3 Beck, Urlich; ¿Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización. Barcelona, editorial. Paidos, 1998 p. 42

Como apuntan Guillermo Acuña González y Edith Olivares Ferreto, en su ensayo Recientes Migraciones entre Nicaragua y Costa Rica: "el fenómeno migratorio de los nicaragüenses se esboza como un complejo proceso, que en los últimos 30 años se ha manifestado en diferentes etapas relativamente diferenciadas"[4], en cada una de ellas con ejes dinamizadores de expulsión diferentes, pues pasan de las catástrofes naturales a las guerras, encadenándose entre sí en una creciente crisis económica estructural.

En cada una de estas etapas, contingentes de nicaragüenses se han desplazado fuera de las fronteras de su país, buscando mejores oportunidades para ellos y sus familias, que muchas veces quedan atrás. Costa Rica ha recibido sucesivamente parte de estas oleadas, no solamente por ser país vecino, sino también porque "ha sido tradicionalmente receptor de inmigrantes"[5].

La etapa de los años 90 a la que hace mención Acuña y Olivares, ha sido la de mayores dimensiones. Aunque la cifra no es exacta, existen por lo menos 300.000 personas nacidas en Nicaragua que cuentan con algún tipo de "status" migratorio en Costa Rica (nacionalizados, residentes, o se acogieron al régimen de amnistía migratoria en 1999). Se estima además, que alrededor de 200.000 nicaragüenses indocumentados se encuentran en suelo costarricense, lo que significa que la cantidad de inmigrantes residentes en el país bordea el 15 por ciento de la población según es indicado por la Fundación Arias en el Plan Nacional de Salud 1999-2004.

---

4 Acuña González, Guillermo, et al. Los Hilos invisibles del Movimiento: Elementos que caracterizan las recientes migraciones entre Costa Rica y Nicaragua. Publicación de diálogo centroamericano. Sf, sp.

5 CODEHUCA. Situación de la población migrante nicaragüenses en Costa Rica. Documento electrónico.

Esta llegada y establecimiento de inmigrantes nicaragüenses ha generado una serie de presiones y cambios en Costa Rica. Como advierte el Informe del Estado de la Nación de 1997, "la presencia de población inmigrante no solo tiene implicaciones para el desarrollo económico regional, sino también sobre la salud, la capacidad de los servicios y los mecanismos de integración social de esa población"[6].

Así se observa, entre las evidencias que conllevan estos cambios, el crecimiento y formación de nuevos anillos marginales alrededor de los barrios pobres de los principales centros urbanos, los cuales, como ya se mencionó, son habitados por inmigrantes nicaragüenses.

La aparición de nuevas costumbres, la sobrepoblación de las aulas en ciertas escuelas por la presencia de niños nicaragüenses, la generación de nuevas redes sociales transfronterizas de apoyo a esta población inmigrante, la aparición de nuevas dinámicas sociales (por ejemplo la reunión semanal en el Parque La Merced y los juegos de béisbol en el baldío frente a la Universidad Interamericana en Heredia) y el aumento en la demanda de los servicios de salud pública básicos, como el programa de control prenatal, maternidad, emergencias, pediatría y consulta externa.

En Costa Rica, algunos sectores perciben como amenazantes estas transformaciones, así se escuchan constantemente comentarios negativos hacia los nicaragüenses en los autobuses, en la calle o en las reuniones familiares. Se lee en los diarios nacionales comentarios negativos sobre los inmigrantes y las autoridades los culpan del deterioro de ciertos servicios. Carlos Sandoval, en el periódico Al Día,

---

6 Proyecto Estado de La Nación. Desafíos de la Región Huetar Norte. Informe #4. 1° Edición, 1997. Pág. 282.

opina: "se considera que el país atraviesa una crisis en las instituciones de servicio (como hospitales, y escuelas) y en infraestructura porque el Estado dejó de invertir hace tiempo. Esas carencias hoy se traducen en intolerancia e irrespeto a la comunidad nicaragüense. Los inmigrantes no son los responsables de filas en hospitales y la sobre-población de las escuelas".[7] Y todo esto sin que se logre entender por parte de la ciudadanía costarricense, ni la compleja dinámica del fenómeno migratorio, ni la propia dinámica del Estado costarricense, en su capacidad para satisfacer o no las necesidades de toda la población.

Este estudio pretende concentrarse en el campo de la salud, más específicamente en la percepción que tienen los nicaragüenses establecidos en Costa Rica, sobre los servicios públicos que, en materia de salud, les brinda el Estado costarricense, pues este es un aspecto fundamental para el desarrollo integral del individuo y de la sociedad.

El tema de los servicios públicos de salud constantemente aflora junto a la problemática de la migración nicaragüense. Toma en cuenta que tanto la "salud y educación pública siguen siendo percibidas como sinónimos de excepcionalismo costarricense"[8], donde el extranjero es visto como intruso y la opinión pública del país crea muchos mitos y expectativas.

El artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de 1948, menciona que "toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica,

---

7 Nicolás Aguilar, AL DÍA. Incontenible inmigración nicaragüenses. EXODO. 03-11-02. p.3.

#5076
FI6050

correspondiente al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad". Del mismo modo la Constitución Política de la República Costa Rica, en el Título 3, Capítulo Único, Artículo 19, dedicado a los extranjeros menciona: "los extranjeros tienen los mismos deberers y derechos individuales y sociales que los costarricenses, con las exepciones y las limitaciones que esta Constitución y las leyes establecen"[9].

Esto implica, que el principio de igualdad al que hace referencia la Constitución Política de la República de Costa Rica entre nacionales y extranjeros, está referido al núcleo de los Derechos Humanos, respecto de los cuales no es posible admitir distinciones frente a la ley por motivo alguno, mucho menos en razón de su nacionalidad; salvo las que señala la ley relacionadas a "la prohibición de que los extranjeros intervengan en la vida política de Costa Rica"[10]. Por lo tanto, dentro de este principio, no cabría la prohibición a derechos fundamentales como la vida y la salud. Sobre este último tema (la salud), la Constitución Política de la República de Costa Rica, en el Artículo 21, referida a la inviolabilidad de la vida, al ser analizada por la Sala Constitucional, señala que es responsabilidad ineludible del Estado, velar para que la salud de cada una de las personas que componen la comunidad nacional (que incluye a los extranjeros), no sufra daños por parte de terceros. Se asume, además, la responsabilidad de lograr las condiciones sociales propicias a fin de que cada persona pueda disfrutar de su salud física, psíquica y social.

Por lo tanto todo nicaragüense tiene derecho a un trato apropiado en los

---

8 Sojo, Carlos. "El caso de Costa Rica ¿es nueva esta pobreza?" en: Pobreza, exclusión y política social. FLACSO, 1997. p. 329.

9 Nuestra Constitución Política; p.31

10 Constitución Política de la República de Costa Rica, p.101

servicios médicos que brinda el Estado costarricense. El problema fundamental de la investigación, es conocer la percepción que los nicaragüenses establecidos en Costa Rica, tienen de esos servicios de salud que el Estado costarricense está obligado a brindarles y si los mismos satisfacen sus necesidades y expectativas.

Las instituciones costarricenses están conscientes de las presiones que implica la inserción del nicaragüense en la sociedad. A pesar de haberse aumentado la cobertura en servicios de salud, aún persisten problemas de calidad ante los cambios demográficos que ha sufrido el país, como el envejecimiento, la urbanización y la constante migración. Contribuye a esta crisis la reducción del presupuesto del MINSA de Costa Rica y los problemas de financiamiento en la CCSS, como son la evasión de las contribuciones y la morosidad patronal.

No existen sistemas de información que permitan medir la magnitud de dicha demanda ni del costo que implica para el Estado y la sociedad costarricense la atención a la población inmigrante nicaragüense.[11] Una posible aproximación en este sentido la presenta el estudio Estimación del Costo de Atención de los extranjeros en los servicios de Salud Social publicado por la CCSS de marzo 1999[12], en el cual se afirma que para 1997 los extranjeros representan el 5 por ciento en usos hospitalarios y el 4 por ciento en la consulta externa y urgencias; un 97 por ciento de estos extranjeros son nicaragüenses.

El costo de hospitalización, consulta externa y urgencias de la población extranjera fue considerado equivalente al 4.4 por ciento del gasto total del Seguro Social. También se manifiesta que entre 1992 y 1997 se ha

---

11 Proyecto Estado de la Nación En Desarrollo Humano Sostenible. Sexto Informe 1999. San José, Costa Rica, 2000.

registrado un aumento en la atención de pacientes extranjeros; pasa de un 1.3 por ciento a 4.34 por ciento del total de pacientes.

Si bien es cierto que la población extranjera recibe dichos servicios de salud, uno de los problemas que aqueja hoy en día a esta comunidad, principalmente la nicaragüense, es el no estar asegurada. Esto solo evidencia las precarias condiciones laborales en que se insertan al mercado laboral, donde además de recibir salarios inferiores, no reciben los beneficios sociales mínimos.

Tal y como lo indica en el Sexto Informe del Estado de la Nación 2000, tomando en cuenta que parte de la población nicaragüense inmigrante es indocumentada, su demanda en los servicios de salud no es respetada por las cotizaciones como trabajadores, ni por parte de los patronos que buscan evadir las cargas sociales como el recurso para abaratar las contrataciones.

Según el Sistema de Salud, la idea óptima es la regulación en los servicios de salud en conjunto con la Ley General de Salud. Se toma en cuenta también, que la regulación en los servicios de salud es una función que le compete al Estado. De esta forma dicha función persigue tres metas concretas:

-Mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud.

-Mejorar la asignación de los recursos.

-Racionalizar la inversión en salud.

---

12 CCSS. Población Migrante: retos y resumen de políticas y acciones estratégicas. Documento electrónico.MIDEPLAN. sf, sp.

La convivencia armoniosa de una sociedad depende en gran medida de que la ciudadanía considere que sus derechos como ser humano están siendo respetados. Uno de los pasos por seguir para lograr esta convicencia es entender las necesidades de toda la ciudadanía, indiferentemente del lugar de nacimiento y lograr que los servicios del Estado sean brindados de forma adecuada y equitativa al conjunto social.

Estado de la Cuestión

Es importante mencionar, que si bien existe amplia bibliografía que enfoca diversas variables relacionadas con esta investigación (tales como salud, inmigrantes nicaragüenses y globalización), la perspectiva de los inmigrantes con respecto a los servicios que en el campo de la salud le brinda el Estado costarricense, no es abordada en ningún estudio del que se tenga conocimiento. Diversos trabajos e investigaciones sobre cada uno de estos temas ayudan a entender la relación, por cuanto brindan datos estadísticas reveladoras, al tiempo que definen conceptos básicos sobre migración, globalización y derechos humanos.

El fenómeno migratorio y su movimiento dentro del contexto de la globalización han sido ampliamente tratados por investigadores e instituciones a escala mundial, desde muy diversas perspectivas y formas. Por ejemplo, Armando Di Filippo, además de dar una exhaustiva definición sobre lo que es el fenómeno de la globalización y sus posibles implicaciones, tanto para los países desarrollados como para los subdesarrollados, hace una aclaración de la relación que existe desde la problemática ocasionada por la globalización y el fenómeno

migratorio, entendiendo que con la apertura económica y la transnacionalización, también se genera el aumento de la pobreza y de la incertidumbre social [13].

En el trabajo de Manuel Barahona Población, desarrollo y Migraciones, en forma similar al anterior, ayuda a entender desde diferentes perspectivas, cual es la trascendencia del fenómeno migratorio y sus significados, al mismo tiempo hace comparaciones entre el fenómeno migratorio que se desarrolla entre Estados Unidos y México, con el que actualmente se está desarrollando entre Nicaragua y Costa Rica. Se entiende, incluso, por medio de ilustraciones, fotos, cuentos, dibujos, caricaturas, etc. las implicaciones que esto puede representar desde el marco de los derechos humanos. [14].

Sobre el caso de la migración nicaragüense en Costa Rica también hay trabajos muy interesantes, como el de Abelardo Morales: Redes transfronterizas[15], que trata el fenómeno migratorio entre Nicaragua y Costa Rica como un tejido que va ramificándose entre los dos países, cambiando los espacios específicos de cada país para unificarlos. Además, sitúa el fenómeno migratorio dentro del contexto de la pobreza, lo que es muy significativo para entenderlo profundamente.

Sammy Araya en Flujo Migratorio de Nicaragüenses a Costa Rica,[16] aborda con detalle algunos de los principales acuerdos internacionales con respecto a los derechos de los inmigrantes, abordados desde el

---

13 Di Fillipo, Armando. Globalización, integración regional y inmigrantes. Simposio sobre migraciones, 2000, Sp.

14 Barahona Montero, Manuel. "Población, Desarrollo y Migraciones". En Cuaderno de docencia para Tercer Ciclo, San José, Costa Rica. PNUD, 2001.

15 Morales Gamboa, Abelardo, et al. Redes Tranfronterizas: sociedad, empleo y migración entre Costa Rica y Nicaragua. FLACSO, sf, sp.

16 Araya, Sammy, et al. Flujo migratorio nicaragüenses a Costa Rica, una perspectiva legal y humanitaria. Heredia, Memoria de Graduación, Escuela de Relaciones Internacionales, UNA, 2000. Heredia, 2001.

particular de la población nicaragüense. Por otro lado hace un importante recuento histórico sobre la situación de Nicaragua en los últimos 30 años del siglo XX, lo que permite de hecho entender posibles factores que han motivado y siguen motivando la llegada de nicaragüenses[17] a Costa Rica.

Muchas de las investigaciones o ensayos sobre la problemática de la migración, se hace a la luz de los derechos humanos, abordando problemáticas como la económica, la salud y el desarrollo social. Estos temas han sido desarrollados tanto por instancias gubernamentales en diversos países, a través de organismos internacionales así como por investigadores independientes.

A pesar de que la dinámica migratoria entre Costa Rica y Nicaragua ha sido tratada a lo largo de los años por diversos autores y desde diferentes perspectivas, lo relacionado con salud ha sido apenas nombrado. Diferentes estudios sobre éste fenómeno migratorio desarrollan las causas, consecuencias generales y dinámicas migratorias, pero sobre el tema de la salud solamente manifiestan que la inmigración nicaragüense genera cambios y secuelas en los servicios de salud de Costa Rica, sin profundizar ni en cuáles cambios genera ni cómo se producen los mismos.

En el ámbito institucional tampoco se han encontrado estudios dirigidos a entender y conocer las necesidades específicas de la población inmigrante en el ámbito de la salud. Los estudios realizados por el MINSALUD y por la CCSS son estadísticos. En sus publicaciones se afirma, basándose en estimados, que en Costa Rica más del 50 por

ciento de los nacidos en el extranjero lo fueron en Nicaragua, o que unos 300.000 nicaragüenses cuentan con algún status migratorio legal en Costa Rica o bien se presentan estimados sobre el déficit que generan a la CCSS los usuarios nicaragüenses.

Estos estimados de hacen aceptando que es muy difícil presentar datos actualizados, pues hasta hace dos años es que la CCSS registra la nacionalidad de los pacientes en las hojas de egresos. Así "los sistemas de información de las instituciones del sector salud hasta el momento han sido inadecuados para estimar el impacto de los fenómenos migratorios"[18]. No solo no se cuenta con los registros necesarios para evaluar el impacto sino que "hasta el momento ha predominado en el sector salud un enfoque administrativista y economicista: estimar el efecto de los inmigrantes sobre el gasto en salud"[19] y no en las necesidades de la población para lograr generar las políticas de salud apropiadas.

Partiendo de lo anterior, el trabajo que se llevará acabo, va más allá de las proyecciones estadísticas existentes. Se propone acercarse a la perspectiva que tienen los nicaragüenses, como nuevos habitantes de Costa Rica, sobre la sociedad donde se están insertando, más específicamente sobre los servicios que reciben en materia de salud por parte del Estado costarricense, bajo los principios de universalidad, solidaridad y equidad que garantiza la Constitución Política de la República de Costarricense.

---

18 OIM; Estudio Binacional: Situación migratoria entre Costa Rica y Nicaragua-análisis del impacto económico y social para ambos países; Suiza; diciembre de 2001. P. 33

19 Idem. p. 35

Contexto histórico del fenómeno migratorio nicaragüense

Mesoamérica ha presentado desde hace muchas décadas un alto flujo migratorio, tanto interno como externo. Pero para la región centroamericana es en la segunda mitad de la década de 1970 cuando este fenómeno toma más fuerza, gracias al rompimiento de la estabilidad de la región a causa de aspectos endógenos tanto económicos como políticos y a fenómenos naturales que han obstaculizado y hasta colapsado el desarrollo económico de la región.

Dentro del plano económico se puede mencionar, la disminución en el volumen de las exportaciones de los principales productos tradicionales, a raíz del deterioro en la producción interna de los países centroamericanos y la baja de los precios internacionales, lo que ocasionó una reducción en los ingresos por concepto de exportaciones. Así mismo repercutieron algunas de las decisiones políticas para estabilizar las economías, tal es el caso del "alza generalizada en los índices inflacionarios de los distintos países centroamericanos como alternativa escogida para contrarrestar el incremento en el déficit fiscal, esto ocasionó la ruptura de la estabilidad cambiaria y el desequilibrio de las finanzas públicas"[20], otra medida utilizada por los diferentes gobiernos fue la adopción de políticas neoliberales de ajuste estructural asegurando ser una medida para salir del estancamiento económico.

El efecto social de estas medidas no tardó en hacerse sentir, pues ocasionó un deterioro en la ya precaria situación de la población y ha

---

20 Arce, Ana Gabriela, et al. Las redes sociales y su influencia en la calidad de vida de la población migrante nicaraguense en Costa Rica; Tesis Escuela de Trabajo Social, UCR, SIBDI, junio 2001, p. 31.

incrementado el desempleo, la criminalidad y la incertidumbre en el futuro, siendo especialmente afectadas la salud y la educación.

Desde hace varios años, Centroamérica atraviesa un nuevo tipo de transformación. A saber, la definición de sus territorios como regiones de ensamblaje de productos cuya materia prima y consumo de producto final se hace en el extranjero (mejor conocida como maquila), donde las compañías productoras ven su rentabilidad aumentar en la medida en que se abarata el costo de la mano de obra.

Los flujos migratorios de Nicaragua hacia Costa Rica responden a una combinación de factores que tienen como telón de fondo una historia de catástrofes naturales, conflictos políticos y desajustes económicos estructurales. Según datos estadísticos de la Dirección General de Migración hasta el 2001, hay un notable incremento de la cantidad de nicaragüenses que viajan documentados a Costa Rica. La Pastoral Episcopal de Nicaragua, calculó que en 1990 viajaron 39 mil 891 personas hacia Costa Rica y proyectó que para el 2001 el incremento sería de un 392.14 por ciento. Estas cifras son coincidentes con el Censo de la Población del año 2000 cuyos resultados manifiestan que en Costa Rica viven alrededor de 256.374 nicaragüenses en forma legal y permanente[21].

Las migraciones nicaragüenses hacia Costa Rica no son un fenómeno coyuntural, temporal, ni nuevo; constituyen un hecho histórico cuyos orígenes, efectos y consecuencias son de carácter duradero. La dinámica de las migraciones está siendo configurada por las facilidades de acceso de la frontera pero también por las condiciones del contexto socio-

---

21 Proyecto Estado de la Nación; Octavo Informe, San José. 2001. p. 121.

productivo de los territorios de origen y de destino, es decir que la circunstancia histórica por la que atraviesan tanto Nicaragua como Costa Rica está determinando el flujo continuo de personas del primero al segundo.

Tradicionalmente los flujos migratorios nicaragüenses se caracterizaron por involucrar a trabajadores temporales que se incorporaban a las actividades agrícolas de exportación, pero en la última década los trabajadores inmigrantes se han diversificado hacia otros sectores de la producción, como son los servicios domésticos y de vigilancia, la industria y la construcción.

En la actualidad de las personas nicaragüenses que se dirigen hacia Costa Rica, el 44.5 por ciento son de origen rural, aunque muchos de ellos terminan desempeñando labores no agrícolas una vez establecidos. Según la Encuesta de Hogares de Costa Rica del año 2001, de la población inmigrante, el 26.4 por ciento se ubica laboralmente en el sector primario (agricultura y ganadería); el 30.6 por ciento en el sector secundario (industria) y el 44.8 por ciento en el sector terciario (comercio, transporte, servicios y establecimientos financieros).

En el libro Redes Transfronterizas[22], Abelardo Morales y Carlos Castro plantean que a lo largo de los años y desde que el proceso migratorio dio inicio, se han establecido un conjunto de vínculos familiares, de filiaciones locales y lealtades colectivas que han desbordado los límites entre Costa Rica y Nicaragua, y tiende a configurar una región transfronteriza, una suerte de espacio social desteritorializado que desafía las clasificaciones tradicionales de los flujos migratorios, llámese

22 Morales Gamboa, Abelardo, et al. Redes Tranfronterizas: sociedad, empleo y migración entre Costa Rica y Nicaragua. FLACSO, sf, sp.

migración permanente, temporal o circular. Esto da como resultado la formación de una comunidad transnacional en la cual se activan diversos factores y procesos de articulación en los ámbitos culturales, sociales y económicos entre comunidades separadas geográficamente. Para las personas involucradas, el acto de migrar lleva consigo una serie de situaciones particularmente difíciles pues junto a la insatisfacción de las necesidades básicas debe dejar tras de sí su familia, amistades, costumbres, entorno, organización social y redes de apoyo, para tratar de satisfacer estas necesidades.

Guillermo Acuña González y Edith Olivares Ferreto, en su ensayo sobre las recientes migraciones entre Nicaragua y Costa Rica, Nicaragüenses en Costa RIca[23], se refieren a cuatro flujos migratorios principales en la historia reciente de Nicaragua y Costa Rica. Los mismos pueden diferenciarse en las siguientes etapas:

- La primera se da a partir de 1972, a raíz del terremoto de Managua y de la imposibilidad (o falta de voluntad) del gobierno de hacerle frente a la situación de devastación en la que quedó el país, que involucra unas 10 mil personas en los primeros meses del desastre pero durante 1970 los nicaragüenses censados en Costa Rica sobrepasaron las 23,000 personas[24].

- La segunda etapa, se presenta a finales de los años setenta, cuando muchos nicaragüenses son desplazados de sus hogares y trabajos por los combates entre las tropas somocistas y los rebeldes sandinistas, que terminan con el derrocamiento de Anastasio Somoza y el inicio de un régimen de tendencia socialista dirigido por el Frente Sandinista de

---

23 Acuña González, Guillermo, et al. Nicaragüenses en Costa Rica. Fundación Arias para la Paz y el Progreso Humano. Costa Rica, 1999. Sp.

Liberación Nacional. En este último caso, agregado a la crisis económica, el motivante principal fue tratar de evitar el servicio militar obligatorio para jóvenes entre 16 y 25 años. En esta oportunidad Costa Rica llega a albergar a poco más de 50 mil personas.

En los años ochenta se inicia la tercera etapa, con el abandono del país de muchos opositores al régimen sandinista o a la situación de guerra que se genera con la aparición de un ejército opositor a los sandinistas apoyado por los Estados Unidos, y con la profundización de la crisis a raíz del bloqueo económico que este último país impone a Nicaragua. El CELADE censó a finales de los 80 casi 46,000 nicaragüenses viviendo en Costa Rica, lo que representó un aumento de más de un 90 por ciento con respecto a la población censada en los setenta[25].

Por último, la cuarta etapa se inicia en la década de los 90, cuya característica es la de ser inminentemente económica, ante la prolongación de la crisis por la incapacidad del Estado Nicaragüense de relanzar su economía y así lograr el desarrollo del país. Esta etapa continúa en la actualidad y es la que mayor número de personas ha involucrado.

Dentro de una etapa pos conflicto político-militar, serán los elementos de naturaleza económica los que marquen la salida de nicaragüenses entre 1993 y 1997, profundizados por una serie de catástrofes naturales. Las más relevantes fueron: un maremoto, erupciones volcánicas, huracanes, inundaciones y sequías. La de mayor envergadura fue la provocada por el Huracán Mitch, en octubre de 1998, donde numerosas familias pierden sus pocas pertenencias y deciden

---

24 Eduardo Baumeister. "Nicaragüenses censados en el exterior";.En: Nicaragua: migraciones externas. CELADE, 2000. Documento electrónico.

trasladarse fuera de su país, en busca de estabilidad, seguridad y mejores condiciones de vida. Actualmente se calcula que un millón de nicaragüenses viven fuera de su país, lo que significa que un quinto de la población total ha emigrado[26].

Los siguientes cuadros presentados en la Reunión de Obispos sobre Movilidad Humana México- Centroamérica, celebrada los días 14 y 15 de febrero del 2003, en San Carlos, Alajuela, muestran el alto porcentaje en la intención de los inmigrantes nicaragüenses en dirigirse a Costa Rica:

Distribución geográfica, segregación por sexo y destino de los inmigrantes a Costa Rica

Zona Urbana	% Varones	% Mujeres	% respecto al total de inmigrantes	% Migró después 1990
León	50.9	49.1	22.4	79
Managua	49.3	50.7	21.6	48
Granada	43.0	57.0	18.3	76
Estelí	59.6	40.4	12.2	89
Masaya	51.9	49.1	11.0	65
Juigalpa	38.1	61.3	8.4	61
Matagalpa	30.6	69.4	3.8	67
Chinandega	56.5	43.5	2.3	72

Fuente: OIT /Fuente laboral y poder adquisitivo de los salarios en Centroamérica 1998

---

25 Idem.

26 OPS-OMS; Indicadores Básicos Nicaragua 2001, Análisis de la Situación de Salud en Nicaragua 2000 para el Programa Binacional de Trabajo. BPB, 2002 - 2003.

Del cuadro anterior, se puede observar que el más alto porcentaje de migración de Nicaragua hacia Costa Rica, en el caso de la población masculina se encuentra en la zona urbana de Esteli (con un 59.6%). En el caso de la población femenina corresponde a la zona urbana de Matagualpa (con un 69.4%). En el caso de las zonas de menor expulsión, en el caso de los varones, corresponde a Matagualpa (con un 30.6%), mientras que en las mujeres corresponde a Esteli (con un 40.4).

Con respecto a la población total de inmigrantes, la zona urbana nicaragüense de mayor expulsión es la zona de León (22.4%), y la de menor expulsión Chinandega (2.3%). Después de 1990, la zona urbana de mayor expulsión es Esteli (89%) y la de menor expulsión Managua (48%).

Otra situación notoria en Nicaragua es el agotamiento de los sectores formales de la economía como generadores de empleo, así como de la saturación del sector informal urbano de la economía y de las unidades agrícolas de subsistencia. Managua ha sido la segunda ciudad en Latinoamérica con el más amplio sector de trabajadores informales. Este sector no encuentra fuentes seguras de supervivencia, lo mismo ocurre con el sector agrícola, lo que conlleva a que parte de esa población recurra a salir de su comunidad e inclusive del país, para vender su fuerza de trabajo.

La derrota en las elecciones de los sandinistas y la llegada de partidos de tendencia neoliberal al gobierno provocó una serie de reformas que llevaron a la disminución del aparato estatal. Esto produjo la menor participación en el PIB del gasto social básico (salud y educación) del

Estado, pasando del 4.1 por ciento en 1996 al 3.7 por ciento en 1997[27], y por lo tanto una disminución en la calidad de vida de las grandes mayorías pobres de la población. En el último análsis de la OPS sobre este rubro, se notó un incremento para el año 2000 del gasto en salud del gobierno nicaragüense. Pero, si bien este representó un 5.5 por ciento del PIB, el sistema de salud "tiene una alta participación del sector privado"[28] lo que no garantiza el acceso de las masas empobrecidas a todos los servicios.

Otro efecto negativo para la situación económica de Nicaragua fue la reforma en la Ejército Militar, pues provocó la baja de casi cien mil miembros de las fuerzas armadas y la salida de cientos de funcionarios civiles a lo largo de la década de los noventa, sin embargo no se crearon los puestos de trabajo necesarios para incorporar a tantos miles de personas a la producción del país. No hay que olvidar a los por lo menos veinte mil excombatientes que lucharon contra el gobierno sandinista en los años ochenta y que al deponer las armas se sumaron a los ya numerosos desempleados.

La situación actual nicaragüense no es de mejoría, si bien algunos datos macroeconómicos manifiestan un mejor desempeño de la economía respecto a años anteriores, la situación global sigue siendo de crisis para la mayoría de la población. Según el Informe de Desarrollo Humano del año 2003, Nicaragua se ubica en la posición 121 de un conjunto de 174 países, uno de los más bajos de América Latina y representa una disminución con respecto al informe del año 2000, donde ocupó la posición 116. "Las tasas de crecimiento poblacional en Nicaragua, entre las más altas del mundo, no encuentran un co-relato en la creación de

---

27 Idem.

empleo, particularmente cuando estos ofrecen niveles de productividad y de ingresos medianamente adecuados"[29]. En la década de los 90 la economía creció un 3.5 por ciento anual, pero la tasa de crecimiento poblacional fue equivalente a un 3.2 por ciento anual "lo que dejó casi inalterado el PIB per capita"[30] el cual fue de $485 para 1999.

En la reunión de Obispos de Movilidad Humana México-Centroamérica, se manifestó que en el último informe del BID se destaca que el 70 por ciento de la población rural de Nicaragua vive en condiciones deplorables donde el 50 por ciento de la población es pobre porque no consume lo necesario y el 73 por ciento no logra satisfacer sus necesidades básicas, así se aprecia que tres de cada diez habitantes están desnutridos. El desempleo y el subempleo afectan a más del 25 por ciento de la PEA[31].

El siguiente cuadro sobre la situación salarial en los dos países da una idea de las diferencias de ingreso que buscan muchas personas al emigrar.

Cuadro comparativo del salario promedio en dólares por hora Costa Rica – Nicaragua, 1998.

País	Peón	Zona Franca	Construcción	Comercio	Educación	Salud
Costa Rica	1.63	1.70	1.34	1.06	3.05	5.99
Nicaragua	0.37	1.16	0.68	0.61	0.45	0.62

Fuente: OIT (Fuente laboral y poder adquisitivo de los salarios en Centroamérica 1998)

---

28 Proyecto Estado de la Región; Segundo Informe sobre Desarrollo Humano en Centroamérica y Panamá. San José, 2002, p. 73

29 Eduardo Baumeister "Nicaragüenses censados en el exterior"; En: Nicaragua: migraciones externas. CELADE, 2000. Documento electrónico.

30 OPS-OMS; Indicadores Básicos Nicaragua 2001, Análisis de la Situación de Salud en Nicaragua 2000 para el Programa Binacional de Trabajo. BPB, 2002 - 2003.

31 Idem.

Recientemente en Nicaragua, como consecuencia de las medidas macroeconómicas, se ha generado una importante exclusión social y al mismo tiempo que en Costa Rica se genera una fuerte demanda de trabajadores con bajas aspiraciones salariales y mano de obra poco calificada. Además se han implementado una serie de políticas migratorias para garantizarle a ciertas industrias esta mano de obra, como la amnistía migratoria y la tarjeta laboral. Esta última se creó con la finalidad de proteger a los trabajadores nicaragüenses que vienen por períodos estacionales fijos, a cambio de que vuelvan a su país una vez terminados los contratos, aunque muchos de estos trabajadores aprovechan la oportunidad para quedarse indocumentados en Costa Rica.

Julio Varela[32] hace mención de algunos elementos importantes por citar, en relación con factores de expulsión en Nicaragua y factores de atracción en Costa Rica, como se destacan en el siguiente cuadro:

Cuadro sobre factores de expulsión y de atracción de los inmigrantes, 2001

NICARAGUA Factores de expulsión	*COSTA RICA* Factores de atracción
Intervencionismo estadounidense Oposición a los regímenes militares somocistas y sandinistas. Lucha insurreccional Recesión económica a partir de 1990	Política tradicional de asilo político País receptor de refugiados por razones políticas Neutralidad política Estabilidad política, social y económica Actividad productiva predominante de la agricultura

Fuente: Tomado de Varela Jara, Julio. El Desarrollo de las *inmigraciones* nicaragüenses en Costa Rica que trabajan e el sector de servicios. Tesis de Maestría. España: Universidad Internacional de Andalucía, 2001

32 Varela Jara, Julio. El Desarrollo de las inmigraciones nicaragüenses en Costa Rica que trabajan en el sector de servicios. Tesis de Maestría. España: Universidad Internacional de Andalucía, 2001, sp.

No es de prever que la situación económica nicaragüense vaya a mejorar a corto plazo, y en la medida que la situación de ingreso no se resuelva para las grandes mayorías nicaragüenses. Este país seguirá siendo un expulsor de población. Se debe tomar en cuenta que si las políticas estatales en Nicaragua no se enfocan a la estabilización económica de la población, tanto el drenaje del capital humano que sale del país, como la dependencia económica que las remesas provocan son factores que prolongan la situación de Nicaragua como país expulsor de población.

En el estudio Nicaragua: migraciones externas de Eduardo Baumeister, el autor afirma que: "En la actualidad, Nicaragua se presenta como un país en que la migración externa es muy relevante, desde el punto de vista de la población que se encuentra en el exterior, por la presión que ejercen los nicaragüenses sobre su principal destino -Costa Rica- y por el peso de las remesas en la obtención de divisas externas. Claramente, está por encima de la media latinoamericana en las tres dimensiones (proporción de inmigrantes en la población total, presión poblacional sobre el principal país de destino, y la importancia de las remesas como porcentaje de los recursos externos) y se encuentra muy cercana a la situación de El Salvador"[33].

Por su parte Abelardo Morales[34] menciona posibles beneficios y problemas, que según la percepción de miembros de diversos ONG y otros organismos, plantea la llegada de inmigrantes nicaragüenses.

---

33 OPS-OMS; Indicadores Básicos Nicaragua 2001, Análisis de la Situación de Salud en Nicaragua 2000 para el Programa Binacional de Trabajo. BPB, 2002 - 2003. sp.

34 Morales Gamboa, Abelardo. Amnistía Migratoria en Costa Rica. San José-Costa Rica. FLACSO, 1999. p. 33

Cuadro comparativo de los beneficios y problemas de la llegada de los inmgrantes a Costa Rica, 1999.

Beneficios	Problemas
La posibilidad para los empresarios de contar con mano de obra barata.	Presiones en la demanda de servicios.
Aporte a posibles situaciones de escasez de manos de obra o de baja demografía.	Traen al país enfermedades contagiosas, algunas de las cuales ya habían sido erradicadas (malaria) Exacerbación xenofóbica y otros tipos de conflictividad social.
La ampliación del mercado de consumo.	Se crea una situación de "Dumping" entre los mismos trabajadores.
Llegada de nuevos patrones culturales que aportan y renuevan los tradicionales.	En el país muestran una autoestima baja y proyectan una imagen de marginación.

Fuente: Morales Gamboa, Abelardo. Amnistía Migratoria en Costa Rica. San José-Costa Rica, 1999, p.33. (Extracto y adptación para efectos de la investigación).

Como se puede apreciar en el cuadro anterior, el posible aumento en la demanda de los servicios del estado es uno de los problemas que enfrenta el país receptor. Esta presión canalizada hacia los servicios de salud, puede apreciarse en el siguiente cuadro, donde se muestra que para 1997 el alto porcentaje de nicaragüenses no contaban con ningún tipo de aseguramiento. Si bien las estadísticas datan de hace varios años, el porcentaje actual de aseguramiento no ha variado notoriamente.

Cuadro de población total de emigrantes según condición de aseguramiento, Costa Rica, julio 1997

Condición de aseguramiento	Total de inmigrantes	Nicaragüenses	Resto de inmigrantes
Total	100.0	100.0	100.0
Asegurados	55.1	51.5	65.3
Asegurado directo	28.1	26.6	32.2
Familiar aseg. Directo	22.6	22.1	23.9
Otros	4.5	2.8	9.2
No asegurado	44.6	**48.1**	34.7
Ignorado	0.3	0.4	0.0

Fuente: AEC-MEIC. En: Morales, Abelardo y Castro, Carlos: Inmigración Laboral Nicaraguense en Costa Rica; p. 51.

Estos movimientos de población responden, como se ha visto, a diversas necesidades, por lo que revisten características particulares. Al respecto Manuel Barahona M., en su libro Población, Desarrollo y Migraciones, hace una clasificación para los tipos de migración que se dan en territorio costarricense en la actualidad. A saber:

1. Inmigrantes asentados: son aquellos que vienen con la idea de quedarse a vivir en el país por largos períodos. En Costa Rica son los predominantes y se encuentran asentados básicamente en las zonas urbanas del país.

2. Inmigrantes pendulares: son básicamente trabajadores agrícolas y también residen de forma permanente en el país, pero cambian constantemente de lugar de residencia. Son trabajadores que siguen los períodos estacionales de las cosechas, por lo que se encuentran laborando tanto en las plantaciones bananeras del Atlántico, como en

la producción de tubérculos y frutas de la zona norte, así como en la producción y cosecha del café en el Valle Central. Por su situación de no tener residencia fija, frecuentemente viajan a Nicaragua para visitar a familiares y llevarles el dinero ahorrado durante la estación.

3. Inmigrantes circulares: Estos trabajadores viven en Nicaragua pero diaria o semanalmente viajan a la zona norte costarricense a laborar, y frecuentemente sus familias, aunque viven al norte de la frontera, emplean los servicios de salud costarricenses brindados en las clínicas de los pueblos fronterizos.

Como se expuso en el apartado anterior, el Valle Central es el punto de mayor asentamiento de inmigrantes nicaragüenses en el país. Los datos arrojados por el estudio del Régimen de Amnistía Migratoria en 1999, "confirmaron que el 56 por ciento de la población nicaragüense residente en Costa Rica vive y trabaja en el Valle Central"[35]. Esta es una característica cada vez más importante en la historia de las migraciones en el ámbito mundial pues las ciudades ofrecen mayor accesibilidad a los bienes y servicios, tienen mayor diversidad laboral y un gran potencial comercial.

Las ciudades son los ejes sobre los cuales gira la vida política, económica y social de una región o de un país, en este caso; por lo tanto son puntos de atracción de la población dada la concentración de centros productivos y por lo tanto de empleos, "históricamente las ciudades han crecido alrededor del centro de ocupación y los hogares de los trabajadores se han orientado hacia ese punto focal"[36].

---

35 Arce, Ana Gabriela, et al. Las redes sociales y su influencia en la calidad de vida de la población migrante nicaraguense en Costa Rica; Tesis Escuela de Trabajo Social, UCR, 2001, p. 41.

36 Sargant Florence, Richard, et al. La metrópoli en la vida moderna. Buenos Aires, Argentina, Ediciones Infinito, 1955.

En esta zona la mayoría de los inmigrantes nicaragüenses pasan a engrosar el número de viviendas de los barrios pobres de las ciudades y muchas veces no tienen más alternativa que asentarse en precarios, donde no cuentan con los servicios básicos, como agua, vivienda adecuada o electricidad, y donde la mayoría de las viviendas son tugurios[37], aunque se debe de apuntar también que generalmente en estos barrios viven tanto costarricenses como nicaragüenses.

Después del Valle Central, la Zona Norte es la que cuenta con más nicaragüenses. Está comprende el norte de las provincias de Alajuela y Heredia, además de la provincia de Guanacaste. Dentro de esta zona es la región Huetar Norte, compuesta por los cantones alajuelenses de San Carlos, los Chiles, Upala y Guatuso, la que cuenta con mayor número de población inmigrante. Además es el principal puente de tránsito para el flujo inmigrante entre Nicaragua y Costa Rica, pues la frontera de 300 kms. entre ambos países comprende un territorio poco poblado y vigilado. El carácter agrícola de la zona y el fácil acceso a ella desde el vecino país la ha convertido en punto de atracción para muchos trabajadores pendulares y circulares, que han terminado asentándose con sus familias en los diferentes pueblos de la región, como Pital, Aguas Zarcas, Pocosol, Los Chiles, Ciudad Quesada y Upala. Esta región siempre ha tenido contacto con Nicaragua, pues estuvo hasta hace pocos años muy aislada del centro de decisiones del país, por lo que muchos de sus poblados tienen como fundadores personas venidas de Nicaragua.

---

37 Según definición del Informe del Estado de la Nación 2001, precario son las zonas con casas contruidas en terrenos que no son legalmente propios y tugurio son las viviendas construidas con material de desecho. p. 122.

Marco Teórico

Para entender la dinámica social costarricense, y particularmente la relacionada con el fenómeno migratorio, es necesario verla inmersa en un mundo donde el capitalismo neoliberal y la globalización van de la mano.

La globalización económica es la nueva forma que ha adquirido el sistema capitalista para extender su influencia y dominio. Tal como lo define Guillermo Castro Herrera es: "un proceso de integración internacional de los mercados de bienes, servicios y capital. Esta integración impulsada por el cambio normativo encaminado a promover la eficiencia económica mediante la liberación y desregulación de los mercados nacionales y la reforma del aparato del Estado"[38].

Este concepto, surge como teoría económica después de la Segunda Guerra Mundial y como tal se ha desarrollado en función de actividades económicas, sociales y políticas que benefician solo a unos cuantos y sumiendo en la pobreza y en la exclusión a una gran mayoría de la población mundial, al punto de poder afirmar que "en las sociedades modernas la exclusión social es más importante que la explotación."[39] Existe una tendencia a considerar como secundario el combate a la pobreza.

Lo anterior garantiza su perpetuación ideológica, pues se rompe con las particularidades culturales de cada pueblo para homogenizarlos en un solo patrón cultural occidental y neoliberal. De esta manera la

---

38 Castro Herrera, Guillermo. Trabajos de Ajuste y Combate: Naturaleza y Sociedad en la historia de América Latina; Editorial Casa de las América, la Habana, sf, sp.

39 Mario Lungo,"Política social y pobreza urbana en El Salvador y Costa Rica";Pobreza, exclusión y política social, FLACSO, Costa Rica,1997.p355

globalización ha traído la caída de las fronteras territoriales, al permitir el libre tránsito del capital y de las mercancías, generar una mayor interacción económica entre los países, aumentar contactos económicos por encima de las fronteras, romper lentamente los procesos de producción, los mercados de trabajo y las entidades políticas y sociales.

Guillermo Castro Herrera, en su libro Trabajos de Ajuste y Combate: Naturaleza y Sociedad en la Historia de América Latina, plantea que estos cambios toman la forma de continuas articulaciones y desarticulaciones cuya dinámica es impulsada por factores, tanto internos a cada país, como por relaciones intra-regionales, o a factores externos a la región. Es por ello que se vuelve necesario para el investigador latinoamericano crear un nuevo marco teórico que debe comprender todas estas relaciones y determinaciones para lograr hacer una interpretación acertada de la realidad latinoamericana.

Estos cambios y movimientos sociales y económicos han generado una redistribución del capital y por lo tanto de la mano de obra en el ámbito mundial. Masas humanas se trasladan a otros países con el fin de llenar sus necesidades de ingreso. Estos traslados o migraciones humanas han provocado una transformación en el mapa de asentamientos humanos en el planeta.

El primer elemento por entender es por qué se da el movimiento migratorio en la proporción que se produce y la dirección en que sucede. James Dougherty y Robert Pfalzgraff, en su libro Teorías en Pugna de las Relaciones, plantean que el acto de migrar se basa en el hecho de elegir entre alternativas sobre las cuales se tiene incertidumbre. En el caso particular de las migraciones nicaragüenses hacia Costa Rica, la

situación, según el autor, se puede ver como un problema sectorial que concierne a diferentes instituciones nacionales relacionadas con la salud, educación, vivienda y trabajo, entre otras. Es decir que en lo relativo al proceso de las migraciones nicaragüenses hacia Costa Rica, esta toma de decisiones puede estar influenciada por una serie de factores como la situación interna del país de procedencia, tales como inestabilidad política, situación económica, tasa de desempleo, prestación de servicios, aumento de la pobreza. En este caso, se puede afirmar que los costos y desgastes sociales a raíz del proceso de globalización, han traído consecuencias menos desfavorables en Costa Rica que en Nicaragua.

El factor primordial que el inmigrante toma en encuenta a la hora de trasladarse a un nuevo destino, es aumentar su ingreso económico. Para el nicaraguense, Costa Rica representa no sólo un país vecino, es también un territorio de pocos riesgos, tanto físicos como sociales y de mejores posibilidades de vida. Si se explica que la migración no necesariamente va a significar la resolución de sus problemas, pero sí al menos la búsqueda de la superación y el abandono de una situación que no satisface sus necesidades.

En el caso del nicaragüense, migrar hacia el país del sur -Costa Rica- no solo implica la idea de mejorar sus condiciones de vida como vivienda o trabajo, sino también su seguridad social, necesidades que por una u otra razón, no logran satisfacer en Nicaragua. Frases como la siguiente: "Si diez veces me sacan de Costa Rica, diez veces me volveré a meter,"[40] manifestada por José Manuel Angulo Linares, expresa el sentir

---

40 "Incontrolable llegada de nicaragüenses". En La Nación Digital 9 de enero, 2000.

de los nicaragüenses, decididos a no ceder en su empeño por encontrar en Costa Rica la oportunidad de una vida digna.

La incorporación de la población nicaragüense en la sociedad costarricense, requiere entender cuál es el origen y la dinámica de este fenómeno social, especialmente porque esta incorporación se ve inmersa en una serie de disposiciones que determinan y en algunas ocasiones manipulan el papel que esta población nicaragüense desempeña en la sociedad costarricense.

En el "Simposium sobre la Migración en las Américas", realizado en San José en setiembre del año 2000, Patrick Taran advierte que la OIT y otros organismos internacionales ven con preocupación la tendencia de los gobiernos a culpabilizar al inmigrante por el aumento de la criminalidad, por el tráfico de drogas y la presión sobre los servicios del estado, además de declarándolos ilegales, quitándole a la población inmigrante el derecho a ser iguales ante el Estado y la sociedad[41].

Pero el fenómeno migratorio no se reduce al movimiento en sí, sino que se engloba a toda una gama de cambios que se producen en las sociedades receptoras y expulsoras. Se crean redes transfronterizas. Las cuales mantienen en contacto permanente a la comunidad nicaragüense en Costa Rica con la que se queda en Nicaragua. Estas, a la vez interactúan con la comunidad nacional y transforman aspectos de la vida social.

Las migraciones provocan cambios en la dinámica de asentamiento de poblaciones, en las relaciones internas entre los diferentes segmentos

---

41 Taran, Patrick. Migration et droits des migrants: aspects internationaux; Intervención ante el Simposium sobre la migración en las Américas,

sociales, traen nuevos elementos culturales. Se crean además, nuevas necesidades sociales, desde la extensión del consumo hasta la mayor demanda de los servicios sociales del Estado. Por ejemplo, el que el 11 por ciento del presupuesto de la CCSS sea dedicado a la atención curativa de los inmigrantes nicaragüenses significa un cambio que no solo tiene consecuencias financieras, sino que también repercute en los planes a corto, mediano y largo plazo de dicha institución, del Ministerio de Salud y de la política de salud del Estado costarricense.

Como consecuencia de lo anterior, es deber de la sociedad costarricense y del Estado, adoptar políticas que tomen en consideración las necesidades y como consecuencia el costo que conlleva la atención de los inmigrantes en el marco de los derechos humanos. Este factor pasa a ser determinante a la hora de tomar decisiones sobre el quehacer social, especialmente si estas decisiones se toman en el contexto de la globalización, donde el control del Estado es muchas veces superado por el poder de los mercados, que "puede ser la mejor garantía de eficiencia, pero no necesariamente de equidad"[42].

El concepto de derechos humanos está ligado íntimamente al derecho que toda persona tiene de forjar su vida de forma plena, y le corresponde a la sociedad garantizar que sus individuos logren desarrollarse dentro de la sociedad en todos los campos: arte, educación, aspiraciones, relaciones; por mencionar sólo algunas. Aunado a este concepto se fundamenta la idea de universalidad de dichos derechos, donde el reconocimiento a la diversidad humana es indispensable para poder hablar de una sociedad respetuosa de los derechos humanos.

San José, Costa Rica, 4-6 de setiembre del 2000.,sp.

UNIVERSIDAD NACIONAL
Centro de
Documentación
de Filosofía
HEREDIA . COSTA RICA

Hay determinantes sociales y culturales al concepto de qué son derechos humanos y cómo deben cumplirse, pues todo concepto es una expresión de una realidad. Se puede ver que a pesar de que toda la gama de derechos fundamentales del ser humano, siempre aflora la idea de igualdad, entendida esta como "el derecho de cada hombre a que se le trate con equidad, sin tener en consideración su persona, su carácter o sus gustos, queda validado por el hecho de que nadie puede asegurarse una posición mejor en virtud de que es diferente a alguno de esos aspectos"[43].

Un estudio de la Universidad de Lund[44] contempla cuatro puntos esenciales para abordar el tema:

Se debe reconocer que es la "gente a nivel de base" la que debe garantizar la defensa de sus derechos, por lo que es indispensable conocer cuáles son.

Los Derechos Humanos están sujetos a modelos culturales y sociales de cada sector de la sociedad, lo que quiere decir que no deben responder a formas de aplicación exclusivamente hacia arriba o hacia abajo.

Los Derechos Humanos deben ser un conjunto de derechos que abordan las diferentes facetas humanas, claro está que no sería válido respetar un tipo de derecho que a la vez irrespete a otro. Debe existir una correspondencia entre la teoría y la práctica en materia de Derechos Humanos.

---

42 PNUD. Informe sobre desarrollo humano 2001. Nueva York, 2002., sp.

43 Idem.

44 Copes, Adriana. Entering Modernity the Marginalization of the poor in the developingy countries. An account of theoritical perspectives from

En términos generales se toma como referencia para evaluar la actitud de una sociedad o un país hacia el cumplimiento de los derechos humanos, la Declaración Universal de Derechos Fundamentales de las personas, que fue recogida en un acta de las Naciones Unidas de 1948 e inspirada en la declaración de los derechos del hombre y del ciudadano aprobada por la Asamblea Constituyente Francesa en 1789. La misma obliga a los gobiernos a velar por la integridad física y moral de sus ciudadanos y el de todos los seres humanos.

Dentro de la gama variada de derechos que han sido otorgados a las personas, se hace mención de algunos artículos de la Declaración Universal de los Derechos Humanos que interesan directamente al presente trabajo:

- Artículo 1º Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Dotados como están, de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

- Artículo 2º

  1.Toda persona tiene los derechos y libertades proclamadas en esta declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión, política o de cualquier otra índole; origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

  2. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona tanto si se trata de un país independiente

---

the 1940´s to the 1980´s. Tesis doctoral. 20-09-2002, sp.

como de un territorio, bajo administración fiduciaria no autónoma o sometido a cualquier otra limitación de soberanía.

- Artículo 22º

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional habida cuenta de la organización y los recursos de cada estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensable a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

- Artículo25º

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene así mismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y a asistencia especiales. Todos los niños nacidos de matrimonio o fuera del matrimonio, tienen derecho a igual protección social[45].

Como aporte a los artículos enunciados por la Declaración de los Derechos Humanos, conviene citar las disposiciones más importantes del documento legal costarricense: La Constitución Política de la República de Costa Rica. En lo que respecta a los derechos humanos,

---

45 Sagastume Gemmell, Marco A (comp) "Convenios y tratados internacionales sobre Derechos Humanos - Nivel ONU". en Cuadernos Educativos #17. CSUCA, sf, pp. 24, 27, 28.

la Constitución Política asigna a los tratados internacionales un rango superior a las leyes:

- Artículo 7º - Los tratados públicos, los convenios internacionales y los concordados, debidamente aprobados por la Asamblea Legislativa, tendrán su promulgación o desde el que ellos designen autoridad superior a las leyes".

Sobre este mismo documento, en el título III Capítulo único dedicado a los extranjeros, se argumenta lo siguiente:

- Artículo 19º - Los extranjeros tienen los mismos deberes y derechos individuales y sociales que los costarricenses, con las excepciones y limitaciones que esta Constitución y las leyes establecen. No pueden intervenir en los asuntos políticos del país y están sometidos a la jurisdicción de los tribunales de justicia y de las autoridades de la república sin que puedan ocurrir a la era diplomática, salvo las que dispongan los convenios internacionales".

A la luz de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y de la Constitución Política de la República de Costa Rica, conviene entonces entender que el nicaragüense por su condición de ser humano y como habitante del territorio costarricense, está resguardado por leyes que procuran defender su integridad tanto física como moral dentro del medio social, que procure en la medida de sus límites, darle el mismo respaldo que a un nacional, donde la materia de salud es esencial para lograr esta integración.

El grupo Health Rights Connection[46], en su página de presentación insiste en que el combate a la pobreza y a la inequidad debe considerar necesariamente el garantizar a todos los habitantes el derecho a la salud, el cual va más allá del acceso igualitario y efectivo a los servicios médicos, pues implica el derecho a la educación, a la buena alimentación y a una vivienda adecuada e implica el combate a la discriminación y a la marginalización.

Este trabajo adopta el parámetro de salud dado por la OMS que define salud como "el estado de bienestar total físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad"[47]; y el significado de calidad de vida como "la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de la cultural y del sistema valórico en el que viven y en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses"[48]. En el caso de la salud, la calidad de vida se ve afectada tanto por un problema biológico como por desventajas que la dinámica social crea para garantizar la buena salud.

Este estado de bienestar físico, mental y social está determinado culturalmente, pues es en la relación con el entorno, que toda sociedad define sus prácticas particulares para garantizar la preservación de la salud de sus miembros. Así, las sociedades tienen diferentes aproximaciones intelectuales a los problemas de salud, generando técnicas y modelos de curación diferentes.

Pero al interior de cada sociedad se generan también diferencias en estos modelos de salud, pues toda práctica cultural "incorpora las

---

46 Health Rights Connection. The Link Between Health and Human Rights. Abril 2003, sp.

47 Sudhir, Anaud, et al. Health Implications of Economic Policies: A Framework of Analysis, New York, UNDP-Office of Development Studies, 1996. p. 9

contradicciones y los antagonismos de las relaciones de poder dominantes"[49], lo que implica una articulación diferente de lo que es la salud y la enfermedad en las prácticas de vida cotidiana de los diferentes sectores sociales.

Por esto, los sectores más vulnerables de la sociedad, dentro de los que se encuentran los inmigrantes en situación de pobreza, tienen modelos de salud diferentes a otros sectores de la sociedad; primero se encuentran con una serie de obstáculos para acceder a una buena salud, tales como condiciones de alimentación, vivienda y laborales que presentan riesgos para la salud (desnutrición, ausencia de agua potable o trabajos manuales peligrosos), en segundo lugar cuentan con menos opciones para acceder a los servicios médicos, aún los simplemente curativos, y por último su bajo nivel educativo no les permite adquirir o aplicar prácticas higiénicas adecuadas según las normas establecidas.

Desde mediados del siglo XX, el Estado costarricense ha comprometido una parte apreciable del PIB en garantizar un respaldo en salud a toda la población, por medio de los diferentes servicios tanto médicos como preventivos, en los que se encuentran los hospitales y clínicas de la CCSS, y los EBAIS, centros de salud comunitaria y los programas de vacunación y prevención del MINSALUD[50].

Se considera que dichos servicios brindados por el Estado costarricense deberían de tomar en cuenta las particularidades de acceso y de vida de los diferentes sectores de la población, pues "la eficacia de cualquier programa de salud, preventiva o curativa, estará sujeta a las

---

48 El Grupo WHOQOL, página introductoria del Grupo de la Organización Mundial de la Salud para el Estudio de la Calidad de Vida.

49 Pardo, Marta Eugenia. "Cultura y Salud" en : Revista Reflexiones, #36, , Facultad de Ciencias Sociales, UCR, San José, Julio 1995, p. 25.

50 Ministerio de Salud. Programas de vacunación y prevención del Ministerio de Salud.

posibilidades reales que tengan las familias para intervenir en los mismos, articulando el saber y las prácticas médicas oficiales con sus propios saberes y prácticas culturales"[51].

Pero al contrario de lo que dicta la necesidad, existe actualmente, una política macroeconómica en el ámbito mundial que busca reducir el tamaño del Estado y su participación en las políticas de bienestar social, tendencia que crea una relación desequilibrada entre las demandas y las posibilidades de acceso a los servicios de salud. Afectan directa e inmediatamente estas condiciones en los sectores más empobrecidos y vulnerables de la sociedad.

Costa Rica no se escapa del todo a esta tendencia, así se encuentra, que en los últimos diez años se ha visto una leve reducción del gasto público en salud, como proporción del gasto público consolidado, además de que presenta el gasto más bajo en este sector del conjunto de países que tienen una esperanza de vida al nacer mayor o igual a la nacional[52]. Esta situación se ha tratado de compensar con nuevas políticas en dicha materia, especialmente a través de los compromisos de gestión del gobierno, que buscan incorporar instituciones privadas a los servicios públicos ya brindados por la CCSS y el MINSALUD, para garantizar niveles avanzados de eficiencia, calidad y eficacia en los servicios brindados.

Se entiende por eficiencia la relación entre los resultados obtenidos en un periodo determinado de tiempo con una cantidad igualmente determinada de recursos. Por calidad se refiere a las características técnico-científicas y humanas que se deben tener para alcanzar buenos

---

51 Pardo, Marta Eugenia. "Cultura y Salud", En : Revista Reflexiones, #36, , Facultad de Ciencias Sociales, UCR, San José, Julio 1995, p. 37

resultados cuando se da la atención en salud y la eficacia se refiere a la capacidad del sistema de salud para lograr sus fines y objetivos[53].

El fenómeno migratorio se entrelaza con la situación de salud pública, no solamente en esa situación de vulnerabilidad y problemas de accesibilidad antes descrita, pero también por que las migraciones humanas son un factor determinante en muchas de las situaciones de salud de una población, pues, al trasladarse de territorio, el inmigrante lleva consigo su cultura y una parte de su situación de vida antigua, que incluye su situación de salud y sus enfermedades.

La globalización, al vincular de forma continua y directa lugares distintos, genera y posibilita la movilidad de millones de personas mundialmente, desde turistas hasta refugiados, llevando en sus cuerpos bacterias, virus e infecciones, y en sus mentes, costumbres, conocimientos y prácticas en salud e higiene que se entrelazan con los de la gente del país de acogida.

Los inmigrantes por lo tanto, no solo influyen en el tipo y cantidad de problemas de salud que aparezcan en una sociedad, sino que también en las prácticas para combatirlos, tanto por la gente que las padece, como por el Estado que debe ayudar a lograrlo.

Marco Metodológico

Se seleccionaron dos distritos, uno rural (Ciudad Quesada) y otro urbano (León XIII), como ejemplos de zonas de asentamiento de los inmigrantes. Por un lado porque los datos estadísticos sobre las

52 Proyecto Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. Octavo Informe. año 2001; San José, Costa Rica, 2002, sp.

comunidades son más accesibles si se manejan siguiendo la división política del país y por otro para detectar diferencias o coincidencias en la perspectiva sobre los servicios de salud según se viviera en una comunidad rural u otro urbana.

Al estar la investigación dirigida a conocer la perspectiva de los inmigrantes nicaragüenses sobre el asunto de los servicios de salud, se enfatizó que esta perspectiva es algo cambiante, que tiene una dinámica enlazada con las condiciones de vida de estos inmigrantes. Se buscó conocer los múltiples determinantes de estas condiciones de vida, que van desde las políticas estatales hacia la salud y los inmigrantes, hasta las relaciones de estas personas con el entorno social en el cual se desenvuelven. Es decir, que la evolución de las condiciones de vida de los inmigrantes nicaragüenses, a través de su historia de traslado entre Nicaragua y Costa Rica, van a crear una forma de ver tanto sus necesidades (específicamente en materia de salud), como la solución a las mismas.

Esto implica que el presente estudio constituyó una aproximación de carácter cualitativo, donde lo fundamental de la investigación fue el trabajo de campo. Se logró llegar directamente a los lugares donde los inmigrantes se desenvuelven cotidianamente, aunque se utilizaron una gran cantidad de fuentes estadísticas provenientes de estudios de instituciones gubernamentales y organismos diversos. Estas sirvieron para corroborar muchos de los planteamientos dados por los entrevistados y observaciones de los investigadores.

---

53 Fundación Friedrich Ebert. Salud y Sociedad en Costa Rica, serie Descentralización #2, Costa Rica, EDICOSTA, 1992, sp.

Dentro del trabajo de investigación, jugó un papel importante el uso, tanto de las fuentes primarias como las secundarias. La bibliografía escrita que se utilizó como base teórica, a partir de la cual se fueron formulando las bases teóricas del trabajo. Posteriormente, las guías de entrevistas constituyeron el medio de recolección de información durante las diferentes etapas del trabajo. Estas se dirigieron en dos sentidos: Por un lado interesó conocer qué piensan los inmigrantes nicaragüenses residentes en Costa Rica, sobre los servicios de salud que ahora disfrutan con respecto a los servicios que antes recibían en su país natal.

Con el objetivo de conocer el modelo de salud de referencia de los inmigrantes, estas guías de entrevistas estuvieron acompañadas de una observación de campo. Esto permitió conocer no sólo lo propio de la investigación, sino que al mismo tiempo otros elementos importantes como: condiciones laborales, vivienda, ingresos económicos, padecimientos, tipo de seguro del cual disfrutan, regularidad con la que hacer uso de los servicios médicos costarricenses, entre otros indicadores importantes dentro de la investigación.

Se escogieron personas al azar, en sus lugares de habitación por dos razones fundamentales: primero porque se quería conocer la opinión de personas en diferentes condiciones tanto de empleo como de legalidad y segundo porque, como ya se mencionó, se consideró que observar las condiciones de vida era esencial para entender la perspectiva que se tiene sobre la salud.

El número de guías no representa una muestra representativa de la comundiad nicaragüense en ninguna de las comunidades. Un muestreo

de este tipo hubiese significado un trabajo bastante más allá de las capacidades del grupo, tanto en tiempo como en financiamiento. La cantidad de guías se realizó con el fin de garantizar la obtención de diferentes opiniones sobre el tema, tratando de abarcar personas en diferentes circunstancias de vida. En este sentido el objetivo del trabajo es exploratorio sobre el tema de la percepción de los nicaragüenses, sin pretenciones de llegar a conclusiones globales ni definitivas.

Por otro lado, a la par que se realizaron guías de entrevistas a los nicaragüenses, se realizaron otras entrevistas, que también dieron una cuota importante de información. Se entrevistaron a médicos, ATAPS, enfermeros, personal administrativo de los centros de salud de las comunidades seleccionadas para la investigación. Además se contactaron a otras personas que tuvieran alguna conexión con el tema propuesto, por ejemplo: a los líderes comunales, a los sacerdotes de las comunidades, a maestros, alcaldes, entre otros.

Se hicieron algunas guías a costarricenses en las comunidades, con el objetivo de encontrar puntos de comparación entre su visión y la de los inmigrantes nicaragüenses, aunque las mismas no fueron desarrolladas ampliamente debido a que no son el sujeto central de la investigación. También se entrevistaron a personas vinculadas con organizaciones de las comunidades, la mayoría de ellos vinculados con el fenómeno migratorio, con el objetivo de encontrar puntos de coincidencia o de alejamiento respecto a la perspectiva de los nicaragüenses que viven en la misma comunidad.

Los datos oficiales sobre las comunidades y sus situaciones de salud se obtuvieron del análisis bibliográfico de estadísticas de diferentes

organismos nacionales (INEC) e internacionales (OPS), pero básicamente de entrevistas con funcionarios y médicos de los diferentes centros de salud.

Se buscó información reciente sobre la situación de salud en Nicaragua, para dar base al tipo de perspectiva que los inmigrantes ya asentados en Costa Rica tienen. Para ello se utilizaron datos de la OPS, del MINSA de Nicaragua y de la misma CCSS.

En general se planteó entender la percepción que sobre los modelos de salud tenía el inmigrante nicaragüense en Costa Rica, para buscar la mejor reestructuración y adaptación de los servicios o sus necesidades.

Para el trabajo de campo se emplearon los siguientes mrecursos para recolctar la información:

1. Guías de entrevista no estructurada y diferenciada. (Ver Anexos #1 y #2).

Las entrevistas no estructuras permitieron un mejor acercamiento por parte de los investigadores, con la población en estudio. Es importante agregar que la entrevista no estructurada, siempre contó con ideas claras y objetivos precisos por desarrollar. Además permitió conocer información que con una entrevista estructurada, hubiera sido difícil de conocer, ya que estaría limitada por un tiempo o por un criterio estrictamente establecido.

2. Cuestionarios. (Ver Anexo #3).

Los cuestionarios fundamentalmente estuvieron dirigidos a los funcionarios de las instituciones involucradas en la temática.

Estos cuestionarios fueron utilizados para obtener información sobre las comunidades en estudio. La misma fue contrastada por la obtenida en las fuentes bibliográficas. Al comparar ambos datos, los mismos se complementaron y se obtuvo información más completa y fiel sobre cada una de las comunidades y sobre su situación real respecto al tema en estudio.

3. Análisis estadístico y revisión de datos respecto al uso de los servicios de salud.

Lo anterior se obtuvo no sólo mediante el uso de la Internet, sino también mediante las cifras estadísticas de las diferentes instituciones estatales y no gubernamentales, a las que se recurrió en busca de datos que ayudaran a entender la situación del inmigrante nicaragüense en Costa Rica y las necesidades que ellos enfrentan, así como las perspectivas que sobre los servicios de salud ellos tienen.

4. Notas de campo.

Las notas de campo, facilitaron conocer cada una de las comunidades y la situación específica que se dio en cada entrevista. Esto permitió equilibrar la parte teórica del trabajo, con su componente humano.

El muestreo de entrevistas fue reducido, pero esto no obstaculizó que los resultados fueran acertados. Para ello se buscó que las entrevistas además de datos específicos, arrojaran información sobre la percepción de los entrevesitados al respecto del tema.

Los instrumentos supracitados, se dirigieron hacia los inmigrantes nicaragüenses residentes en Costa Rica, así como a personal que

prestaba servicios de salud en Clínicas, hospitales y EBAIS. Aquí se atiende a la población en estudio, a líderes de grupos o redes de apoyo de las comunidades seleccionadas, a la Pastoral Religiosa, Grupo Cáritas de Costa Rica, Alcaldes, Asociaciones de Desarrollo y otros.

5. Revisión bibliográfica.

Como ya se señaló, en todo el proceso investigativo estuvo presente la revisión de fuentes actuales que permitieran cruzar los datos obtenidos, en la revisión y fichaje de los textos, con los datos obtenido del trabajo de campo.

Esta revisión permitió obtener y conocer datos relevantes provenientes del Ministerio de Salud Pública, la Caja Costarricense del Seguro Social, las municipalidades y el Instituto Nacional de Estadística y Censos, entre otros, relacionados con el tema tratado. Esto con la finalidad de saber cuál era la situación que en materia de la prestación de servicios de salud recibían los inmigrantes nicaragüenses en Costa Rica.

Al mismo tiempo estos datos bibliográficos sirvieron para hacer un análisis de las políticas emanadas por el Estado Costarricense, para identificar si existe o no un consenso en lo que respecta a las necesidades de los nicaragüenses en materia de salud.

El uso de estos recursos se vio respaldado con algunos procedimientos y técnicas como las siguientes:

- Notas de campo.
- Transcripciones de entrevistas.
- Grabaciones en audio.
- Fotografías.

- Diapositivas.
- Registros.

Además de las fuentes necesarias para encontrar la información requerida, se tomaron en cuenta entre otras las siguientes:

1- Inmigrantes nicaragüenses, población costarricense, médicos, otros.
2- Autoridades médicas.
3- Registros estadísticos de centros de salud.
4- Censos y estadísticas nacionales, INEC.

Toda la información recolectada se ordenó en posibles capítulos del trabajo final, siguiendo diferentes variables que facilitarán el manejo y organización de toda la información que se vaya recolectando.

Se hace necesario aclarar, en este punto, que el grupo trabajó las diferentes variables e indicadores partiendo de la definición teórica que comúnmente se encuentran en los textos para diseñar una definición operacional, es decir cuál sería la utilidad de dicha variable.

El lector por lo tanto debe entender que las definiciones que va a encontrar de cada variable e indicador no se apegan a un autor o texto específico, más bien encontrará una definición que intenta de cualquier modo en el que se le vea, un acercamiento al tema propuesto para esta investigación.
(Ver Anexo #4).

Dichas variables son:

1. Modelos de salud

Que se entiende como las aproximaciones intelectuales a los problemas de salud que tiene cada sociedad o cada grupo social, las cuales están determinadas por el contexto cultural, social y económico de dichos grupos y que generan técnicas y modelos de curación diferentes.

A nivel operacional, identificar esta variable ayudará a encontrar el modelo cultural de salud de los inmigrantes nicaragüenses y así entender una de las bases de percepción sobre los servicios de salud que se reciben. Así mismo pretende dar un acercamiento a la comprensión de las diferencias en los conceptos de salud y a las posibles diferencias en la percepción que de los servicios de salud tengan nicaragüenses y costarricenses.

Aspectos por considerar:

Hábitos: limpieza de alimentos, del cuerpo, de la vivienda.

Lavado de ropa, de utensilios.

Tipo de manipulación de alimentos.

Situación higiénica de los niños.

Situación higiénica de las mascotas.

Concepto sobre lo que es estar sano.

Circunstancias por las que se visita al doctor.

Información e idea que se tiene sobre EBAIS, la clínica y hospital.

Hábitos y formas de alimentación: problemas económicos.

Qué le gusta y no le gusta comer.

Criterio sobre los medicamentos: cómo se medica .

Cómo se abastece.

2. Derechos en Materia de Salud

Que son las aproximaciones intelectuales de un grupo humano sobre los deberes que su comunidad, la sociedad y el Estado tienen para ellos y así garantizar la integridad personal y comunal en materia de salud.

Al igual que la variable anterior, esta ayudará a entender la percepción sobre los servicios de salud, pues la misma está parcialmente determinada por el concepto de cuáles son los derechos que se poseen, los inmigrantes nicaragüenses, en este caso.

Aspectos por considerar:

Cuáles son los derechos como persona que vive en Costa Rica.

Cómo se debe exigir que se respeten.

Cuáles son sus deberes como persona que vive en Costa Rica.

¿Qué hace para cumplirlos?

¿A qué debería de tener derecho una persona para vivir bien?

Cuáles de esos derechos deberían de ser garantizados por el estado

Idea que se tiene sobre la legalidad y sobre la nacionalización

3. Necesidades en salud

Entendidas como los requerimientos básicos para garantizar un cuerpo y una mente en pleno funcionamiento.

En el ámbito operacional servirá para conocer las prioridades que en materia de salud tiene los sujetos del estudio y de cómo se manifiestan de forma concreta los modelos de salud de este grupo.

Aspectos por considerar:

Situación concreta de salud de la comunidad.

Situación concreta de salud del individuo y su círculo cercano.
Servicios no brindados en la comunidad.
¿Qué se necesita para mejorar la situación de salud de la comunidad?

4. Condiciones de vida

Se entiende aquí la forma en que se vive, respondiendo a factores externos, como la situación económica y el medio ecológico, como a factores culturales, como las costumbres, hábitos y tradiciones.
Este factor es determinante para entender porqué y cómo se perciben los servicios de salud brindados.

Aspectos por considerar:
Situación de desarrollo urbano de la comunidad.
Situación de empleo, ingreso y nivel educativo de la comunidad.
Situación de vivienda del sujeto.
Tipo de atención municipal o gubernamental hacia la comunidad.
Situación organizativa de la comunidad. (agrupaciones, ONG...)
Nivel educativo, situación de empleo e ingreso del sujeto.
Relaciones del sujeto con el resto de la comunidad.
Situación legal del sujeto.

5. Condición de atención en salud

Entendiéndose como la eficacia, la eficiencia y la efectividad de los servicios de salud brindados por el Estado a la población inmigrante nicaragüense.
Con esto se pretende percibir si los servicios obtenidos por la población meta son adecuados a sus necesidades y si se brindan en forma igualitaria para la población inmigrante y la nacional.

Aspectos por considerar:

Servicios brindados en la comunidad por el Estado.

Nivel de cobertura de dichos servicios.

Cantidad de personas atendidas.

Nivel de asistencia a dichos servicios.

Servicios no brindados en la comunidad.

6. Legislación costarricense en materia de salud

Qué es el ordenamiento jurídico que establece los deberes del Estado en materia de salud para con los habitantes del territorio nacional.

Será un punto de referencia para entender la forma en que se brindan los servicios de salud.

Aspectos por considerar:

Descripción de la legislación nacional e internacional en materia de salud. Este no será un análisis crítico dado que el objetivo del trabajo no es analizar la legislación sino conocerla lo suficiente para usarla como referencia para otros análisis.

7. Contexto histórico del inmigrante nicaragüense

Este es el análisis no exhaustivo de las circunstancias políticas, económicas y sociales alrededor del fenómeno migratorio nicaragüense en la última década hacia Costa Rica.

Dicho análisis ayudará a entender porqué los nicaragüenses han escogido a Costa Rica como primer destino para migrar y establecerse, para esclarecer algunas de las expectativas que se tienen al migrar.

Aspectos por considerar:

Antecedentes de Nicaragua como país expulsor.

Situación de Nicaragua en el momento que da la migración

Situación que lo empujó a emigrar de su país.

Situación actual (ingreso, empleo, vivienda.)

Perspectivas a un futuro a mediano plazo (volver o quedarse.)

De esta manera, la información tratada será organizada según los indicadores y variables antes mencionadas y se dará forma a los posibles capítulos del trabajo final.

CAPITULO I

SISTEMAS DE SALUD DE NICARAGUA Y DE COSTA RICA

"Sin embargo, la paz o la libertad duraderas solo pueden venir de la mano de la legalidad, de la justicia, del respeto a la diversidad, del respeto a los derechos humanos, de la respuesta mesurada, justa y eficaz".

Baltasar Garzón, La Respuesta

Este capítulo es dedicado a un breve análisis de la estructura institucional y legal que permite al Estado costarricense, la prestación de los servicios de salud a la población.

Dentro de este mundo controversial, en el que América Latina experimenta una serie de cambios que muchas veces acentúan las desigualdades entre los países vecinos y al interior de cada sociedad, tal y como lo plantea Néstor García Canclini[1]. En el caso de Nicaragua y para Costa Rica, esto implica que ambas naciones enfrentan una problemática diferente pero interconectada, como lo explican Jacobo Schifter y Luis Ramírez Ramírez[2]. Aunque Costa Rica se sabe en mejores condiciones que su vecino país del norte, es vulnerable a la dinámica que se genera en Nicaragua, al tratar de solucionar su situación económica, social y política. Además, debe afrontar la necesidad de dar respuesta a las demandas que implica la llegada de las personas que deciden dejar de buscar respuesta a sus problemas económicos en dicho país. Esto conlleva a un replanteamiento de muchas de las estructuras

---

1 Dobles, Aurelia. "La cultura es construcción de sentido social". Suplemento Cultural Ancora (La Nación), pp 1-2.

2 Ramírez Ramírez, Luis. Límite entre Costa Rica y Nicaragua: Problemas socioeconómicos conexos. Costa Rica, 2003. sp.

del Estado, a veces incapaces de dar una respuesta que resulte óptima ante los cambios sociales provocados.

Según lo explican Eduardo Flores Castro[3] y Eduardo Blanco Rodríguez[4], para la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) de Costa Rica, es un reto dar cobertura a totalidad de la población. Pero esto requiere tres factores importantes: uno de ellos que haya igual respuesta por parte de la población en lo que respecta a cotizaciones, otra es recibir el apoyo del Estado y tres que exista solidaridad del sector privado del país.

Esto explica por qué en el último censo de la población, según datos suministrados por Eduardo Flores, existe en Costa Rica una cobertura de un 80 por ciento de la población, aproximadamente, ante un 50 o 55 por ciento de población cotizante. Esto sin duda ocasiona, que los resultados de la institución no sean los más adecuados ni los esperados.

A continuación se examinan los mecanismos con que cuenta el Estado costarricense para dar cobertura en salud a la población que vive en su territorio, haciendo una breve comparación con el caso nicaragüense.

Hacia la seguridad social

El desarrollo de la seguridad social nace en Europa y tiene su máximo desarrollo entre los siglos XVIII y XIX, a raíz del cambio económico que el viejo continente presentaba gracias al proceso de industrialización. Si bien, el mismo trajo consigo el desarrollo de nueva tecnología, equipos

3 Jefe del Departamento de Registro de Asegurados y Cotizaciones
4 Director la Dirección de Servicios Institucionales de la CCSS

mecánicos y mano de obra especializada, también trajo la necesidad de diseñar un sistema de salud, que garantizara que la fuerza laboral –muchas veces sobre explotada- rindiera más en sus labores. Es decir que el proyecto de seguridad social[5] nace como respuesta a las necesidades de fortalecimiento del ya floreciente capitalismo.

El primer gobierno europeo en poner dentro de su discurso político, la propuesta de un sistema de seguridad social, fue Alemania en la campaña electoral de 1880. En esa ocasión el tema de la seguridad social fue utilizado con el objetivo de atraer la mayor cantidad de votos de las fuerzas laborales.

De este discurso, tres son los fundamentos principales que se pueden rescatar, a saber: la protección por parte del Estado en accidentes de trabajo, la cobertura por riesgos de enfermedades y la protección económica a quienes han perdido temporal o permanentemente su capacidad laboral.

El modelo creado desde entonces, se extendió a lo largo de toda la Europa industrial y de ahí al resto del mundo, mediante el método de lograr que tanto Estado, fuerza laboral y capital económico contribuyeran a mejorar la salud de los trabajadores, en procura de que los mismos rindieran más. Desde entonces la salud pública se abrió paso como una disciplina de prevención y sus expectativas por el bienestar de la población comenzaron a hacerse realidad.

Posteriormente uno de los acontecimientos históricos que logra fortalecer los ideales de la seguridad social y de la salud en general,

---

5 Entiéndase seguridad social como un conjunto de medidas, que cubren los riegos de la sociedad unidos a la enfermedad, el paro o la vejez. Descansa en un sistema de seguridad público financiado con recursos fiscales y por el pago de cotizaciones, que dan derecho a las prestaciones correspondientes. Este régimen general público, debido a su elevado costo, se combina con regímenes privados a través de mutuas o de aseguradoras.

como sinónimo de bienestar social, se da al finalizar la Segunda Guerra Mundial. Esto trajo como resultado el nacimiento de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, dentro de los que destacan: el derecho al bienestar, a la seguridad social y a la salud.

La seguridad social en América Latina

Es hasta la década de los años cuarenta del siglo pasado, que la mayoría de los estados latinoamericanos deciden establecer sus propios organismos de seguridad social. Sin embargo, como sucedió en Europa un siglo antes, casi ninguno de ellos nació como respuesta a las necesidades específicas de la población, ni como producto de algún proceso social mayoritario, más bien se plantearon con fines electorales y, en el mejor de los casos, para el fortalecimiento de la naciente industria.

Los países latinoamericanos no contaban con una estructura económica adecuada para su financiamiento, no tenía una amplia cobertura de la población ni contaba con el apoyo del Estado para su funcionamiento.

El avance del seguro social contó con escaso apoyo de muchos sectores de la población, comenzando por el gremio de los médicos. Muchos de estos preferían practicar de forma privada su profesión, ya que este tipo de prácticas les garantizaban mejores ingresos económicos que el que el Estado les aseguraba. Por otro lado, muchos trabajadores resistieron inicialmente el apoyo a este tipo de servicios, ya que vieron disminuir sus salarios ante la cuota que el Estado les rebajaba sin que los

---

Ménard, Matilde. Diccionario de términos económicos, p 85.

servicios de salud fueran óptimos como para justificar la rebaja en el dinero que ganaban.

Este tipo de factores, sumado al desarrollo del conflicto bélico, generado a raíz de la Segunda Guerra Mundial, hizo que el desarrollo de los primeros servicios médicos públicos latinoamericanos no lograran prosperar, ni tener sentido existencial ante la poca credibilidad de los mismos frente a las necesidades de la población y frente al poco apoyo estatal.

Después de la Segunda Guerra Mundial y a raíz de la Guerra Fría, los gobiernos latinoamericanos se sumieron en una serie de conflictos políticos que terminaron en décadas de tiranías militares, donde la inversión en pro de la salud y la educación pasó a un segundo plano.

Lo anterior produjo que la autonomía de las instituciones de salud latinoamericanas fuese parcial. La morosidad estatal fue y sigue siendo, en muchos países, un obstáculo al desarrollo de los servicios de salud públicos, limitando su calidad y cobertura.

A pesar de todos los problemas enfrentados, sí se presentaron oportunidades para el desarrollo paulatino de los principios de la seguridad social, a saber: el de igualdad, de responsabilidad social y de universalidad.

El primero de estos principios se refiere al hecho de que los servicios de salud serían prestados con la finalidad de satisfacer las demandas de la sociedad, sin que mediaran los intereses de un grupo social determinado.

El segundo principio está referido a la necesidad del apoyo estatal en el desarrollo de las políticas de seguridad social, ya que no sólo el apoyo del Estado sino que su aporte financiero, colabora en el desarrollo de más eficientes servicios para toda la población.

El tercero hace referencia, a que estos servicios serían extendidos sin distinción, a todos los miembros de la sociedad.

En la época de posguerra, especialmente en los años sesenta y setenta, el desarrollo de nuevas tecnologías, en la producción de la riqueza, impacta, de manera importante, en las tasas de crecimiento económico. Y poco a poco, aquellos países cuyo sistema de seguridad social había sido lento y débil, quedaron rezagados con respecto de aquellos cuyos sistemas de salud servían como instrumento eficiente para garantizar el bienestar a la sociedad; el caso nicaragüense es un ejemplo de la primera situación.

Desde esta perspectiva es importante entender por qué los procesos migratorios se incrementan en América Latina, principalmente a partir de las últimas décadas. Mientras algunos países latinoamericanos como Costa Rica tienen una estructura social, económica, política y de salud más sólida que otros, los más débiles ven en ellos la posibilidad de asegurarse un bienestar del que hasta el momento no han disfrutado.

SISTEMA DE SALUD EN NICARAGUA

Nicaragua es la nación centroamericana de mayor extensión territorial (121,428 kilómetros cuadrados) y la menor densidad de población (35.9 habitantes por kilómetros cuadrados). La estructura entera es muy

joven, representando un 45 por ciento de la población a los menores de 15 años, con edad promedio de 16 años.

En los años veinte del siglo anterior, Estados Unidos apoyó la instauración de un régimen militar que dura 44 años, cuyo presupuesto nacional es utilizado para el fortalecimiento del ejército, lo que trae como resultado un descuido en las necesidades de la población y de la inversión pública. Como lo apunta Rodrigo Quesada Monge[6], los indicadores de salud, acceso al trabajo, cultura entre otros, empiezan a declinar en términos relativos. Al llegar la década de los años ochenta, los índices de pobreza en la población centroamericana alcanzan un 68 por ciento y los de miseria un 50 por ciento.

Durante los años en que se mantuvo el régimen dictatorial de los Somoza, en Nicaragua se limitaron los derechos democráticos básicos, se eliminó todo tipo de reforma económica y social, no existía un régimen mínimo de seguridad social, y se mantenían la concentración de la riqueza en pocas manos así como de la propiedad rural. Sin embargo, como ya se mencionó, se contaba con la "bendición y el apoyo económico de los Estados Unidos".

Con la caída del régimen Somocista en Nicaragua, el 19 de julio de 1979, inicia una etapa de transición hacia la democracia que supuso el reconocimiento de las libertades básicas. El nuevo gobierno, representado por el Frente Sandinista de Liberación Nacional pretendió crear un estado moderno y de carácter nacional. Busca reducir las desigualdades sociales, solucionar problemas como el analfabetismo, la eliminación de ejidos y de enclaves estadounidenses para impulsar una

---

6 Quesada Monge Rodrigo. América Latina y el Mundo Contemporáneo (Antología de Historia de la Cultura) Tercer Período 1962- 1990

reforma agraria y aumentar el acceso a los servicios de salud que eran deficientes.

A partir de este momento el apoyo económico brindado por los Estados Unidos va a ir desapareciendo paulatinamente, de tal suerte que la población empieza a sentir la diferencia entre un gobierno y otro. El entrante gobierno del Frente Sandinista de Liberación Nacional va a ir perdiendo apoyo del pueblo, quien después de grandes sacrificios durante los días de la sublevación, no ven cristalizadas todas las promesas o los sueños.

Ante estas circunstancias el Frente Sandinista tiene que lidiar, no sólo con la situación generalizada para muchos países latinoamericanos con la caída de los precios de los productos de la exportación, sino también con la inestabilidad provocada por el bloqueo económico que Estado Unidos implementa para ahogar al régimen, lo que contribuye al debilitamiento del aparato estatal.

A pesar de lo anterior, se pueden mencionar una serie de logros que en el campo de salud fueron posibles desarrollar durante el gobierno del Frente Sandinista , como por ejemplo:

- ✓ Se contempló constitucionalmente la salud gratuita para todo el pueblo nicaragüense.
- ✓ Se llegó a tener un máximo de 169,000 brigadistas, mujeres y hombres jóvenes que administraron 330,000 dosis de vacunas como promedio anual.
- ✓ Se crearon nuevos programas de atención médica.
- ✓ Aún en medio de la guerra y del bloqueo económico por parte de los Estados Unidos, el medicamento era gratuito para toda la población.

- ✓ Se creó un sistema único de salud por medio del cual se llevó atención médica a todos los rincones de Nicaragua.
- ✓ Se creó el sistema de rehabilitación para discapacitados de guerra y población civil con el objeto de integrarlos en la sociedad.
- ✓ Basados en el Sistema de Salud, se logró ampliar la esperanza de vida de los nicaragüenses de 50 a 63 años.

Inclusive la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a Nicaragua Revolucionaria como "País modelo en atención a la Salud"[7].

Sistema de los servicios de salud en Nicaragua

En Nicaragua el sector salud está conformado por dos subsectores: uno público y uno privado. El sector público conformado por el Ministerio de Salud (MINSA), el Cuerpo Médico Militar del Ministerio de Defensa (MIDEF), el Ministerio de Gobernación (MINGO) y el Instituto Nacional del Seguro Social (INSS). El INSS es el órgano financiador y regulador de provisión de servicios de salud a la población asegurada y sus beneficiarios

Además, se coordinan acciones con otras instituciones del Estado que ayudan al mantenimiento de la salud, algunos de ellos son el Ministerio del Ambiente y Recursos Naturales (MARENA), el Ministerio Agropecuario y Forestal (MAGFOR), el Instituto Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados (INAA) y el Instituto Nicaragüense de Fomento Municipal (INIFOM). Colaboran otras entidades como lo son las alcaldías y el Ministerio de Educación, Cultura y Deportes, con el objetivo de definir los contenidos de salud y fortalecer las estrategias de la lucha anti- epidémica.

El MINSA, en Nicaragua, es el órgano rector público del sector salud, el cual se organiza en un nivel central y en un nivel descentralizado. Con la finalidad de fortalecer las funciones del MINSA en la cobertura de las necesidades básicas de salud en todo el territorio nicaragüense, se creó un Sistema de Información Integrado (SIMINSA), que ha sido institucionalizado como sistema de información. Además, se crearon los SILAIS (Sistemas Locales de Atención Integral en Salud), que son entidades cuyas funciones están diseñadas a mejorar la calidad de la salud en los departamentos del país.

El MINSA es actualmente el principal oferente de servicios médicos en Nicaragua, a través de su red de servicios de asistencia que se organiza con base en dos tipos de atención médica, llamados niveles de atención:

I NIVEL DE ATENCIÓN: Está constituido por los centros de salud con y sin camas y los puestos de salud, se ofrece casi la totalidad de los servicios de prevención de enfermedades y riesgos. Brinda además atención curativa en general, odontología preventiva y asistencial, así como la atención de especialistas, principalmente impulsando programas de atención a mujeres y a niños. Otro servicio que se brinda en este primer nivel es la rehabilitación. Dispone de 873 unidades de salud para una cobertura aproximada de tres millones de habitantes.

II NIVEL DE ATENCIÓN: Se brinda atención especializada, ambulatoria y con internamiento en áreas específicas como la pediatría, la gineco-obstetricia, y la cirugía general. En este segundo nivel se cuenta con centros nacionales de radioterapia, oftalmología, cardiología, dermatología, psiquiatría y el Centro Nacional de Diagnóstico y

---

7 Nicaragua, logros de la Revolución Sandinista, de 1980 a 1990.Documento electrónico. Sp.

Referencia en Salud Pública. Cuenta con 24 hospitales con 3930 camas para casos agudos y 4 hospitales con 407 camas para casos crónicos, totalizando 4337 camas hospitalarias (1 cama por cada 968 habitantes.)

Además existen los servicios médicos del Ejército y del Ministerio de Gobernación. Estos son brindados principalmente a sus miembros y a sus familiares. A partir de la década de 1990 también ofrecen servicios privados.

En un estudio realizado por la OPS-OMS sobre la Política Nacional de Salud de Nicaragua en el per1997-2002[8], se mencionan los siguientes problemas del sistema de salud nicaragüense:

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

Ante estas circunstancias, el MINSA presentó una propuesta de reforma del sector salud en el que se tomarían en cuenta cinco elementos principales: la modernización del sector salud, el fortalecimiento del

8 OPS-OMS."Indicadores básicos Nicaragua, 2001". En Análisis de la situación de Salud en Nicaragua 2000 para el Programa Bienal de Trabajo (BPB 2002-2003.) Enero, 2001.

sector salud, el fortalecimiento del sector hospitalario, desarrollar nuevas estrategias en salud públicas para garantizar el acceso equitativo a los sectores más vulnerables buscando elevar la cobertura, la eficiencia y la efectividad de los programas de salud y la reforma de la seguridad social.

En la actualidad, el financiamiento del sector salud nicaragüense, enfrenta el problema de la reducción del gasto público en salud, dando como consecuencia el no poder cumplir con las necesidades básicas de los servicios de salud, como elemento básico para las mejores condiciones de vida y, por otro lado, la falta de recursos financieros disponibles para poder mejorar dichos sistemas.

El esfuerzo macroeconómico que representa para las naciones centroamericanas el gasto social[9], como porcentaje del PIB, no es equitativo. En tanto Costa Rica y Panamá tienen un gasto social superior al 16 por ciento, el resto de países tienen un gasto social bajo. Así, Nicaragua es uno de los países latinoamericanos que menor gasto per capita en salud presenta. Por ejemplo en las zonas pobres rurales del país, existe una leve cobertura de la población y altos índices de enfermedad. Además, muy a menudo los medicamentos esenciales no se encuentran disponibles en los centros médicos, lo que ocasiona la ineficiencia en los servicios de salud y por lo tanto a su descrédito. Se

---

9 Desde la óptica del desarrollo humano, el gasto social (público y privado) en servicios sociales, se considera una inversión pues favorece las oportunidades para el desarrollo y el mejoramiento para la calidad de vida de las personas, al proporcionar acceso al conocimiento y la consolidación del asertivo educativo, a ambientales saludables y adecuadas condiciones nutriciones entre otras. La magnitud del gasto refleja en buena medida el esfuerzo que hacen las sociedades para mejorar el nivel de la vida de los ciudadanos. Esta variable es fundamental para explicar los niveles de desarrollo humano alcanzados por los paises centroamericanos.
Referencia: Segundo Informe sobre Desarrollo Humano en Centroamérica y Panamá, 2003-PNUD. p.70.

menciona además, que en general la población tiende a automedicarse y hace un uso irracional de los fármacos[10].

Así, la inestabilidad económica, social, política del país son en la actualidad los factores que más influyen en los flujos migratorios hacia Costa Rica, donde las deficiencias de los programas de salud son un motivante más para tomar la decisión de partir.

Sistemas de los servicios de salud en Costa Rica

Breve reseña histórica

Los programas de salud iniciados en Europa tuvieron como resultado el mejoramiento de la salud pública por lo que se convirtieron en modelo por seguir, para lograr un adecuado desarrollo industrial. A pesar de esto, la idea de implementar estos programas en Costa Rica no contó con fuerza suficiente. La objeción que los gobiernos en turno ponían, es que Costa Rica no contaba con fuerza de trabajo industrial, sino únicamente con fuerza de trabajo agrícola.

Así se produjeron varios intentos fallidos como el hecho de que en 1906, en un período de transición entre los gobiernos de Ascensión Esquivel y Cleto González Víquez, el diputado Enrique Pinto presentó al Congreso Nacional un proyecto de ley que nunca llegó a discutirse, pues se consideraba que la mano de obra costarricense era caracterizada como fuerza bruta, que no tenía capacidad para figurar en programas de protección especial por su bajo costo, pese a constituir la mayoría de la fuerza laboral del país. Ningún intento tuvo aceptación, excepto el de la

---

10 Teletica Canal 7. Reportaje sobre la venta de medicamentos de la CCSS en los mercados de Managua, Nicaragua. Periodista Eduardo Castellón. 23-24 set.2003

fijación de la jornada de trabajo de ocho horas, aunque en sus inicios su cumplimiento fue incompleto y garantizado solo por unos pocos patronos.

En 1924 se fundó el Banco de Seguros impulsado por Jorge Volio del Partido Reformista quien propuso lo siguiente:

"En lugar de una legislación nacional colectiva para cubrir los riesgos laborales con subsidio económico de invalidez temporal o permanente, o por vejez o muerte, surgió una institución de protección individual, cuyos beneficios se adquirían en directa proporción al costo de la póliza de cobertura. No arraigó el concepto social tan profundamente como para crear una política estatal para la cobertura de los riesgos laborales de carácter generalizado; apenas se creó la entidad de concepción bancaria, que suministraba protección individual, típica de los seguros privados"[11].

En 1928, al término de la tercera administración de Ricardo Jiménez, la salud figura nuevamente como proyecto de los grupos políticos en pugna. El candidato Cleto González propone la creación de una Caja de Emergencias para cubrir las necesidades de la población, pero a pesar de haber sido electo Presidente, este proyecto no fue ejecutado, lo que demuestra que solo fue utilizado como táctica para ganar adeptos que le aseguraran su triunfo electoral.

Durante los años siguientes, los diferentes gobiernos en turno no tuvieron el interés por hacer realidad la idea de la Seguridad Social en Costa Rica. Al mismo tiempo la Iglesia Católica se mantenía en silencio,

---

11 Miranda Gutiérrez, Guido. La Seguridad Social y el desarrollo en Costa Rica. 2ª edición. San José, CR.:EDNASSS/CCSS,1994, p 103

a pesar de contar con las Encíclicas como la Rerum Novarum y el Quadragésimo Anno; así como la Carta Pastoral de Monseñor Thiel sobre el Justo Salario, donde se hacía mención de la necesidad al respeto por los derechos de los trabajadores.

Es hasta 1940, cuando Monseñor Víctor Manuel Sanabria, como cabeza de la Iglesia Católica en Costa Rica, en conjunto con Manuel Mora Valverde, representante del Partido Comunista en Costa Rica y Rafael Ángel Calderón Guardia, Presidente de la República unirían sus fuerzas para proponer un programa de Reforma Social, donde uno de los puntos medulares sería la salud en Costa Rica. Dicho programa se fundamentaría en documentos valiosos de la Iglesia Católica antes mencionados y el nuevo Código de Trabajo impulsado por el partido Comunista, en el que se retomaba el tema de la fijación de la jornada mínima de trabajo y se agregaba la fijación del salario. Se pretendía además, impulsar la creación de instituciones que buscaran beneficiar al conjunto de la población y no sólo a la elite, como hasta entonces había sido la tónica.

En 1941 se aprobó la Ley sobre el Seguro Social con la intención de fortalecer la democracia y brindar la adecuada protección a los obreros, la niñez y la mujer en Costa Rica. No obstante la institución más importante que se creó durante esta época fue la Caja Costarricense del Seguro Social en 1941. Antes de la creación de esta institución, los pocos ingresos económicos que percibían la mayoría de las familias costarricenses no podían garantizar protección al trabajador en el campo de la salud.

El proyecto de la CCSS se planteó basándose en el modelo chileno de salud pública y fue creado con la finalidad de atender los problemas

relacionados con la salud de índole laboral. Esto implicaría la necesidad de aplicar un seguro social obligatorio en los casos de invalidez, vejez y muerte. El sistema se sostendría con la contribución del Estado, del patrono y del trabajador; lo que hoy día se conoce como sistema Tripartita de Seguridad Social[12].

En mayo de 1961, la Asamblea Legislativa aprobó la modificación de la Constitución para universalizar el régimen de Enfermedad y Maternidad,

---

12 De acuerdo al Reglamento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social, aprobada por la Junta Directiva el 22 de julio de 1997, el sistema Tripartita de Seguridad Social deberá ser entendido de la manera que a continuación se explica:

CAPITULO IV: FINANCIAMIENTO

Artículo 62: DE LAS CONTRIBUCIONES

Las contribuciones al Seguro Social serán las siguientes:

1.Sector Asalariado:

a. Trabajadores 5.50 por ciento de sus salarios
b. Patronos: 9.25 por ciento de los salarios de los trabajadores
c. Estado como tal: 0.25 por ciento de los salarios de todos los trabajadores del país.

Esta primera forma de cotización es la que se conoce con el nombre de sistema TRIPARTITA DE SEGURIDAD SOCIAL. Estos datos también fueron ratificados por Eduardo Blanco. Director de Servicios Institucionales de la CCSS.

No obstante por las necesidades de la población costarricense, que no toda en su mayoría conforma fuerza laboral activa dentro del Estado, la CCSS, creó otras formas de contribución con el fin de dar la mayor cobertura a la población, y así satisfacer a sus necesidades en cuanto a salud se refiere. Estas formas son las siguientes:

2.Sector Pensionados:

a. Pensionados: 5.00 por ciento del monto de sus pensiones
b. Fondo que paga la pensión: 8.75 por ciento del monto de la pensión que paga.
c. Estado como tal: 0.25 por ciento del monto de pensiones de todos los pensionados cubiertos por este Seguro.

3.Asegurados Voluntarios:

La afiliación al Seguro Voluntario será financiada con el 13.75 por ciento de los ingresos de referencia establecidos por la CCSS. La contribución que corresponde al asegurado voluntario estará determinada por la escala contributiva, establecida en el Reglamento del Seguro Voluntario, de modo que el porcentaje para complementar el 13.75 por ciento será asumido por el Estado.

Asimismo, y en forma adicional, el Estado deberá aportar el 0.25 por ciento sobre la masa cotizante de los trabajadores independientes.

4.Asegurados por el Estado:

La contribución para financiar la atención de la salud de los asegurados por cuenta del Estado, será del 13.75 por ciento del ingreso de referencia considerado en la escala contributiva de los trabajadores independientes. Adicionalmente el Estado debe cubrir 0.25 por ciento sobre la masa cotizante de este grupo. (pp 25 y 26 del citado reglamento.) Para adquirir el seguro por el Estado, la persona interesada debe tramitar el proceso de validación de derechos; el mismo se hace a todas las personas que por su condición de pobreza o escasos recursos económicos, es asegurada por la Caja por un período determinado de tiempo que depende de la gravedad de la enfermedad o la situación por la que este pasando el paciente.

En su mayoría las personas que solicitan el seguro por el estado son personas menores de edad o mayores de 65 años de edad, es decir personas que por su falta de trabajo o en edades sus posibilidades de obtener un ingreso económico es casi nulo y no le permite pagar un seguro voluntario. Otra razón para obtener el seguro por el Estado es cuando la persona que requiere el servicio de la CCSS no tiene quien los asegure, personas con muy bajos recursos económicos, personas no aseguradas, ya que se desempeñan en diferentes labores y no tienen un salario fijo, extranjeros sin papeles como por ejemplo la cédula de residencia. (Esta última información fue suministrada por Eduardo Blanco,

y dio a la CCSS un plazo de 10 años para ejecutar esta propuesta[13]. Para el logro de este objetivo, dos hechos de gran de trascendencia habrían de producirse: por una parte la fundación de la Escuela de Medicina, lo que permite dar un paso adelante en la formación de médicos especialistas en territorio y por otra parte se inicia la construcción del Hospital México. En el año 1969 se inicia el servicio de consulta externa en este nosocomio.

Esta nueva disposición contribuyó a que varios grupos sociales, hasta entonces desprotegidos, fueran cubiertos por el sistema de salud, entre ellos los trabajadores independientes, las amas de casa y los indigentes

Para 1970, la Unión Médica Nacional de Costa Rica, Asamblea General Extraordinaria del 3 de junio, concluye que la universalización de los servicios médicos implica considerar la salud como un derecho social de toda la población y logra extenderse del área central a otras localidades del país, además de mejorar la calidad de los mismos.

A través de la universalización de los seguros sociales la cobertura de la población costarricense fue acrecentándose año con año. Según el censo de población de 1990, se estima que el 85 por ciento de la población total se encontraba empadronado en la CCSS. En números absolutos la cobertura de la CCSS pasó de 88 mil a 2 millones 537 mil habitantes, o

---

funcionario de la CCSS; y Lilliana Bolaños, encargada del control de validación de derechos en la Clínica Clorito Picado en Cinco Esquinas de Tibás.)

13 De acuerdo al Reglamento del Seguro de salud de la CCSS, se entenderá de la siguiente manera

CAPÍTULO 1: PRINCIPIOS GENERALES Y CAMPO DE APLICACIÓN

Artículo 1°: De la universalización de los Servicios Médicos

De conformidad con lo que ordena el artículo N°177 de la Constitución Política de Costa Rica, el Seguro de Salud es universal y cubre a todos los habitantes del país, con sujeción a las disposiciones de este Reglamento y a las que específicamente dictare en el futuro la Junta Directiva. La afiliación de quienes califiquen para ser asegurados voluntarios, se fomenta para lograr la concreción del principio de universalidad. (página 1 de dicho Reglamento)

sea que se multiplicó por 29 veces en tan solo 20 años (de 1970 a 1990)[14].

Por otro lado, se fortaleció tanto la atención integral de la salud como las prestaciones de los servicios sociales a través del Reglamento del Seguro de Salud. Tal como se evidencia en los artículos 17° y 55° de dicho reglamento, las perspectivas de la prestación de servicios y de la atención integral de la salud, iban orientadas a facilitar una mayor cobertura de la población, garantizando la misma calidad de los servicios tanto en las zonas urbanas como en las zonas rurales.

Los artículos antes citados, del Reglamento del Seguro de Salud de la CCSS, señalan como aspectos medulares los siguientes:

"Artículo 17°

De la atención integral en salud

Comprende:

- ✓ Acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- ✓ Asistencia médica especializada y quirúrgica.
- ✓ Asistencia ambulatoria
- ✓ Servicio de farmacia para la concesión de medicamentos.
- ✓ Servicios de laboratorio clínico y exámenes de gabinete
- ✓ Asistencia en salud oral, según las regulaciones y normas específicas que se establezcan sobre el particular.

Artículo 55°

De las prestaciones de servicios sociales[15]

- ✓ Fomento de participación social con instituciones de servicio público o privado, relacionadas con la atención integral de la salud.

---

14 Ídem, p127

15 Tiene como finalidad atender las necesidades de orden social directamente relacionadas con salud integral.

- ✓ Derechos de cesantía
- ✓ Extensión de la protección asistencial, en caso de haberse superado los plazos de conservación de derechos y la enfermedad implican riesgos humanos.
- ✓ Pago al seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, de las cuotas que correspondan a la trabajadora durante el disfrute de las licencias por maternidad"[16].

Plan nacional de salud en Costa Rica

En 1971, durante la tercera administración de José Figueres Ferrer, se empezó un proceso de especificación de las responsabilidades y funciones tanto de la CCSS como del Ministerio de Salud. Dicho proceso se desarrolla entre 1971 y 1974, extendiéndose posteriormente a 1980, y donde se definió objetivos específicos, resumidos en tres grandes metas:

- ✓ Creación de un sistema único e integrado de salud.
- ✓ Cobertura Nacional por parte del Ministerio de Salud, con el fin de evitar la desnutrición, llevar un control de infecciones y garantizar el saneamiento ambiental.
- ✓ Universalizar la atención médica a toda la población a cargo de la CCSS así como la extensión del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

Junto con este primer instrumento de trabajo se definieron otros como la Ley General de Salud y la nueva Ley Orgánica para el Ministerio de Salud, ambas aprobadas en 1973. Con la aplicación de estas dos nuevas legislaciones se definieron las funciones específicas de cada una de las instituciones de salud costarricense. De esta manera al Ministerio de

Salud le correspondería ser el rector absoluto del Sector Salud, más tarde ratificado por la Ley de Planificación Nacional. Por su parte, a la CCSS le correspondería la cobertura de los servicios de salud para lo cual debería realizar importantes modificaciones administrativas, extender la universalización de los servicios para asegurar una mayor cobertura de la población, definir los niveles de atención a la población y la definición regional adoptada. Para ello, la CCSS extendió verticalmente las prestaciones y suprimió los topes de contribuciones económicas de los asalariados de más altos ingresos.

Además de la extensión vertical de las prestaciones, la CCSS tuvo que extender su cobertura de manera horizontal es decir, penetrar todas la áreas del país.

Para el año de 1973 se dictó la ley número 5349, de traspaso de hospitales, la cual dispuso que la CCSS, de acuerdo con sus programas de desarrollo, solicitara al Ministerio de Salud y a las Juntas de Protección Social, el traspaso de los hospitales que hasta ese momento tenían a su cargo.

La búsqueda por mejorar la prestación de los servicios del país, evidenció la necesidad de descentralizar los servicios, así la CCSS fue diseñando un sistema piramidal de atención de salud, donde en cada uno de ellos se asignó un centro específico según el tipo de padecimiento y la región en que viviera el paciente.

Este tipo de políticas, permitió ir ampliando de manera paulatina la cobertura de la población nacional desde el infante hasta el adulto

---

16 Reglamento del Seguro de Salud de la CCSS, pp 11- 23.

mayor; al mismo tiempo que se iba logrando la especialización de las diferentes áreas de salud con el fin de que cada centro cumpliera con las expectativas de calidad y cantidad de servicios.

El último decenio del siglo veinte, va a ser fundamental para la Caja Costarricense de Seguro Social de Costa Rica. La importancia radica no solo en que se logra definir el modelo de salud que se va a implementar en el país, sino que además se crea la ley N° 7852 del 30 de noviembre de 1998, conocida como la "Ley de desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social"[17].

Costa Rica asume a partir de ese momento, según explica el señor Flores Castro, un modelo de salud integral que busca cubrir a toda la población desde la fecundidad, desarrollo y muerte de la persona. Se encuentra fundamentado en el artículo 17° del Reglamento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social. Para ello, la CCSS a través del modelo descrito, tiene como objetivo la acción de prevención, curación, promoción y rehabilitación, a través de la asistencia médica especializada social, individual y familiar. Y esto, a toda la población que habita el territorio nacional, sea costarricense o no. Esto plantea un reto cuando se presenta el caso de una migración continua y numéricamente importante, como es el caso de los nicaragüenses.

Desde esta perspectiva, Eduardo Blanco manifiesta que la salud se entiende como un equilibrio biosicosocial en el que la persona está exenta de enfermedades; por lo que la CCSS busca minimizar los servicios curativos y aumentar los recursos económicos en la implementación de modelos y programas de salud preventivos.

Una ventaja de este modelo es que, al basarse en el principio de desconcentración, cada centro médico está en la capacidad de evaluar las necesidades reales de su comunidad, y así aplicar las medidas que juzgue conveniente para las mejoras de los estándares de salud. Esto permite al mismo tiempo la especialización de los centros y la mejor cobertura de la población.

El modelo también promueve la participación comunal a través de las juntas de salud de los EBAIS, donde participan tanto funcionarios de los centros de salud como miembros de grupos organizados de las comunidades.

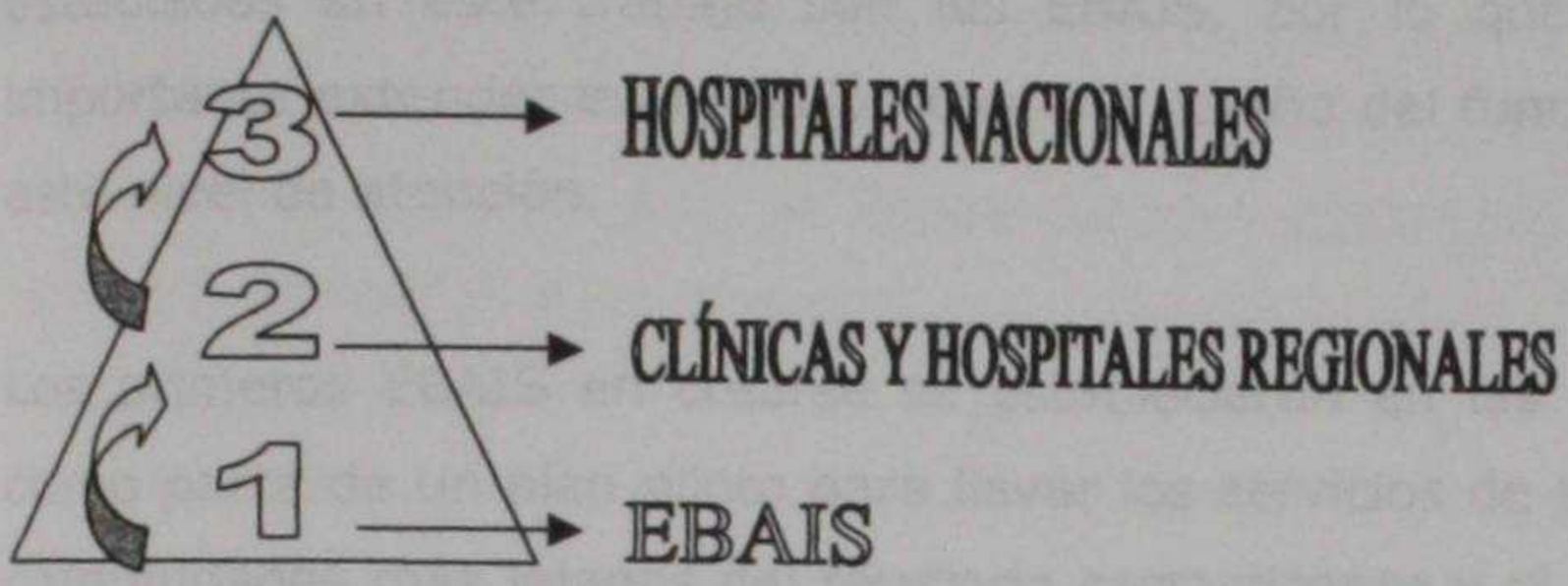
Los centros de salud se organizaron alrededor de las llamadas Áreas de Salud. De acuerdo con los datos suministrados por los doctores Araya Cerdas y Olga Lara Bolaños, "las Áreas de Salud deberán ser entendidas como áreas geográficas delimitadas previamente y bien definidas en las cuales se atiende integralmente a la población inscrita en dicho sector". Donde la cobertura es de 15 a 40 mil habitantes en áreas rurales y de 30 a 60 mil en zonas urbanas.

Dentro de las áreas de salud se habla de tres niveles de atención. Ello va a depender del tipo de tratamiento que requiera el paciente y del equipo con el que se cuente en cada uno de estos niveles. Tiene que ver con el tipo de infraestructura, metas en lo relativo al control de enfermedades y atención preventivo, curación (médico o quirúrgico) y rehabilitación.

---

17 Ley publicada en la Gaceta N° 250 del 24 de diciembre de 1998.

De acuerdo con la normativa establecida por la CCSS, el orden de atención que debe seguirse debe de respetar los siguientes niveles de atención:



III NIVEL: Corresponde a la atención brindada en los Hospitales Nacionales. Su finalidad es atender emergencias, enfermedades complejas, por lo que existe un sistema quirúrgico completo. Al ser un nivel tan especializado, a veces se termina por perder la integralidad del paciente, ya que por las exigencias que aquí se atienden, el mismo es visto por el problema específico por el cual fue remitido.

II NIVEL: Corresponde a la atención brindada por las clínicas de salud y los hospitales regionales. Su finalidad es atender la prevención, curación y manejo de enfermedades agudas y crónicas que han sido remitidas desde los EBAIS. Cuenta con un servicio de emergencias y con especialistas. En algunos casos se practican cirugías menores y ambulatorias. Cuenta, además con servicios de farmacia, radiología y laboratorios.

I NIVEL: Corresponde a la atención brindada por los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), que funcionan a lo interno de comunidades.

FUNCIONAMIENTO DE LOS EBAIS

La fuente fundamental de servicios en salud de las dos comunidades estudiadas en este trabajo son los EBAIS, por lo que se considera importante extender esta sección con una reseña del funcionamiento de este nivel de atención.

Los primeros EBAIS en crearse se establecieron en las zonas rurales, como parte de un plan piloto para llevar los servicios de salud hasta las comunidades más lejanas del territorio costarricense y al mismo tiempo evitar los congestionamientos en los centros de salud especializados y hospitales. Al comprobarse su efectividad, se planificó la apertura de nuevos EBAIS dirigidos al Valle Central. Se comenzó por las comunidades de Coronado y Pavas.

Administrativamente corresponden a las diferentes áreas de salud, antes mencionadas. Son la sede de las direcciones locales de salud y están constituidas por uno o varios sectores; tienen a su cargo una población promedio de 3.500 a 4.000 habitantes. En ellas todas las instituciones del sector deben coordinar sus programas e integrar sus esfuerzos para conformar un verdadero sistema local de salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, con participación activa de todos los sectores sociales que intervengan, directa o indirectamente en el desarrollo de los programas de salud.

La intención de los EBAIS en sus inicios y hasta la fecha, es aceptar el reto de recuperar y ofrecer una salud del mejor nivel para todos los costarricenses con el compromiso de llevar la salud a las puertas de los hogares y el objetivo de volver a los niveles de salud alcanzados en el pasado.

Desde 1997 funcionan bajo la implementación de los denominados Compromisos de Gestión, como una estrategia ideada por la CCSS a través de la cual se desconcentran las denominadas clínicas integrales con el fin de especializarlas aún más. Por medio de estos acuerdos la CCSS se compromete en colaboración con otras instancias como la Universidad de Costa Rica, la Clínica Bíblica y COOPESAIN a brindar un servicio de calidad a los usuarios.

"Los sectores vinculados en este proceso son: la unidad proveedora (área de salud u hospital) que se compromete a prestar servicios de salud; el comprador (gerencia administrativa, CCSS) que debe definir qué se va a comprar y a qué costo; el financiador (gerencia financiera, CCSS), quien recauda, garantiza la sostenibilidad del sistema y suministra al comprador los recursos para realizar la transacción y el proveedor (gerencia médica, CCSS), que tiene a su cargo la coordinación de actividades de la red de servicios médicos, establece protocolos de atención, programas de mejoramiento continuo y otras actividades que apoyan la gestión de las unidades proveedoras"[18].

Los EBAIS están conformados por un médico general, un (a) enfermero (a) y un Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP). Se ha dado énfasis en la formación de Auxiliares y Técnicos de Enfermería a lo interno de la CCSS para mejorar su desempeño en las funciones de Atención Primaria, función que le corresponde a los ATAP. Este último tiene un papel muy importante en lo que respecta a la relación que se establece entre el paciente y el médico, ya que es el ATAP quién se encarga de ir casa por casa evaluando las condiciones de salud del paciente y remitirlo si es necesario al médico, en caso de que encuentre

---

18 Proyecto Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible: sexto informe 1999. 1ª edición, San José, Costa Rica: Proyecto Estado de la Nación, p.122.

algún tipo de anomalía que se considere necesario atender. Es decir la función del ATAP, en palabras de la doctora Olga Lara, "es la de servir de ojo de contacto directo entre el médico y el paciente".

Durante las visitas a la comunidad, los ATAP se encargan de realizar encuestas de salud, vacunación domiciliaria, detección domiciliaría de enfermedades crónicas, como alta tensión arterial, asma, gastritis, insuficiencias renales, cardiópatas y de algunas enfermedades infectocontagiosas (dengue y cólera entre otras)[19], además de motivar a las mujeres embarazadas que no estén llevando control necesario para que asistan al centro médico.

Estos programas de salud no están destinados a reemplazar, sino a complementar la labor de los hospitales y clínicas que logran acercarse a las colectividades, a las localidades, a las zonas rurales y urbano-marginales. Desde ellos se promueven programas comunitarios de salud para lograr una verdadera atención integral. En este sentido, el equipo asesor interdisciplinario debe programar y desarrollar actividades de promoción, prevención, capacitación, consultoría, tratamiento, diseño de planes de rehabilitación y reinserción social de los ciudadanos de forma interdisciplinaria.

De esta forma, el profesional capacitado se inserta en la red de salud que permitirá la atención más directa, en el hábitat más próximo a la persona que recibe los servicios de salud.

Los EBAIS se caracterizan por tener un enfoque biosicosocial del proceso de salud y enfermedad, para así brindar a las personas una atención integral y continua, con énfasis en las acciones de promoción y

---

19 Cuando termina el barrido, y depende de los resultados obtenidos el ATAP informa al médico el cual deberá informar al médico general o director del EBAIS y este al Ministerio de Salud para que tome las medidas del caso..

prevención, y fundamentada en la estrategia de atención primaria. Se dirige la atención principalmente a la familia, la comunidad y el ambiente, garantizando una mayor libertad al usuario de decidir dónde y por quién será atendido, además de propiciar la participación social en el auto cuidado de la salud, en la ejecución de actividades y en la gestión de los servicios.

Para el desarrollo exitoso del nuevo modelo, idealmente se requiere de un sistema de información en salud unificado, sectorial, normativamente desconcentrado, que brinde información oportuna y confiable, y una descentralización administrativa que fortalezca el aparato de gestión y mejore la administración de los servicios.

El reto de los programas de salud actuales y de los venideros, será entonces no sólo satisfacer las demandas de la población nacional, sino que además las nuevas demandas de los grupos inmigrantes dentro de los que se encuentran los nicaragüenses.

En los siguientes capítulos, se abordará el tema de las condiciones de vida en las cuales los inmigrantes nicaragüenses se desenvuelven en Costa Rica específicamente en las dos comunidades: León XIII en Tibás y Ciudad Quesada en San Carlos. Para entender cuál es la perspectiva que sobre los servicios de salud tienen los inmigrantes residentes en Costa Rica.

CAPITULO II

CARACTERIZACIÓN DE LAS COMUNIDADES

Como se plantea en la introducción de la presente investigación, la comunidad nicaragüense que se ha ido asentando en Costa Rica, lo ha hecho tanto en el área rural como en la urbana, por lo que se hizo la investigación en dos comunidades representativas de estas áreas del país. Ambas responden al criterio de ser comunidades que albergan a migrantes nicaragüenses desde hace mucho tiempo, pero siguen siendo localidades donde la mayoría de la población es costarricense.

QUESADA, SAN CARLOS

"Huele esta tierra fresca, hermano mío, maestro.
Es poderosa y dulce entre las manos.
Quiere escaparse, a veces, cual si estuviera viva.
Es tierra americana, de Costa Rica, tierra
que bosteza de noche pidiendo más semillas,
más arados, más brazos, más ternura".

Jorge Debravo, La Semilla (fragmento)

El distrito de Quesada es la cabecera del cantón de San Carlos, situado al norte de la Provincia de Alajuela, fuera de los límites del Valle Central, pertenece a la Región Huetar Norte. Es también conocido como Ciudad Quesada, es la ciudad más importante de la zona norte y la que ha presentado un mayor

crecimiento en los últimos veinte años[1], situación que ha propiciado el asentamiento de nicaragüenses. Esta es la típica ciudad secundaria costarricense que se diferencia del resto de la zona rural por su relación privilegiada con la zona metropolitana, ya que funciona como ciudad de tránsito entre la zona rural y la urbana. No tiene los problemas de aislamiento típico de la zona rural de Costa Rica, por lo que no sufre de grandes problemas de abastecimiento de bienes de consumo o de servicios públicos, pero la vida cotidiana de sus pobladores está aún muy unida a la estructura social campesina circundante, por lo que hay mayor cohesión comunitaria que en las localidades metropolitanas.

Según versión popular, el cantón debe su nombre a la llegada de un grupo de nicaragüenses provenientes de San Carlos de Nicaragua, a principios del siglo XIX, grupo que se adentró en territorio costarricense por el afluente del río San Juan, que los indígenas denominaban Cutris, pero que ellos bautizaron como San Carlos, nombre que posteriormente se generalizó para la región.

El cantón de San Carlos es el más extenso del territorio nacional, es más grande que las provincias de Heredia y Cartago juntas. Cuenta con una población de 138.955 personas de los cuales 39.927 corresponden al distrito de Quesada. En su mayoría es una población joven, pues 18.543 personas corresponden al grupo etario de los diez a los treinta y cuatro años.

---

1 Pujol Mesalles, Rosendo. Diferenciales entre zonas urbanas y rurales de Costa Rica: Análisis estadistico de la información del censo del 2000. Documento electrónico.

La población menor de los diecinueve años es muy amplia, esto demuestra que la tasa de natalidad se ha mantenido en los niveles de indicadores más altos del promedio nacional, (2.1 según Censo de Población 2000).

Su geografía comprende desde montañas hasta tierras bajas, propicia la diversidad agrícola y ganadera, además la cercanía de zonas volcánicas ha hecho que sus tierras sean altamente fértiles. Esto favorece la llegada de mano de obra extranjera, especialmente la nicaragüense, por su cercanía con la frontera y por el notorio abandono del costarricense con respecto a la actividad agrícola, más bien tienden, hoy en día, a dedicarse a actividades de servicios.

Es importante mencionar el gran auge que la Zona Norte ha tenido en los últimos diez años en el campo del turismo debido fundamentalmente a la actividad del Volcán Arenal. Esta permite el establecimiento de empresas y organizaciones que ha favorecido el desarrollo de la Región Norte y específicamente de Ciudad Quesada como cabecera del cantón y de la Zona Norte en general. Lo anterior se aprecia al observar edificios, casas y demás edificaciones en muy buen estado, carreteras en excelentes condiciones que permiten el desplazamiento por la zona sin mayor dificultad, así como una población organizada y que trabaja por un mayor desarrollo y progreso de sus comunidades.

A pesar de presentar tasas favorables de crecimiento económico, la zona sufre una tendencia a la expulsión de la población joven, debido

especialmente a que las ofertas de trabajo están comprendidas en un abanico muy reducido de opciones, acompañado de la falta o poco acceso a cierto tipo de bienes de consumo que la zona metropolitana del país brinda a los ciudadanos, lo anterior favorece aún más la contratación de mano de obra nicaragüense.

La situación de salud de la población se ve favorecida por la calidad de los servicios públicos ofrecidos; las viviendas del área de Ciudad Quesada poseen en un 99.6 por ciento de cañerías intra domiciliar en buen estado. Un 93.4 por ciento presentan un adecuado sistema de disposición de excretas, con un alto índice de familias que usan letrinas.[2]

La recolección de basura es adecuada en el área de Ciudad Quesada, pero aún existen familias que disponen de la misma quemándola, enterrándola o lanzándola a ríos o lotes baldíos que estén cerca de sus viviendas. Sin embargo, en las visitas realizadas a la comunidad, no se hizo notorio que el problema de la basura fuese una amenaza a la salud pública.

Una de las características fundamentales de la zona de San Carlos es el continuo movimiento migratorio desde Nicaragua, en vista de su cercanía con la frontera norte de Costa Rica, convirtiendo a Quesada en la principal vía de paso hacia el Valle Central. Sin embargo muchos migrantes decidieron establecerse en esta ciudad, mezclándose con los costarricenses.(Ver Foto #1).

---

2 Área de Salud de Ciudad Quesada. Análisis de Situación Integral de Salud. ASIS, 2003, pp 25 - 26.

Dicha población migrante trabaja básicamente en las diferentes labores agrícolas y ganaderas de la zona, además de tener una amplia presencia en la construcción, los servicios de seguridad y en oficios domésticos que brindan tanto en los hogares como en las empresas sancarleñas, donde se considera que un 90 por ciento de las trabajadoras domésticas son nicaragüenses.

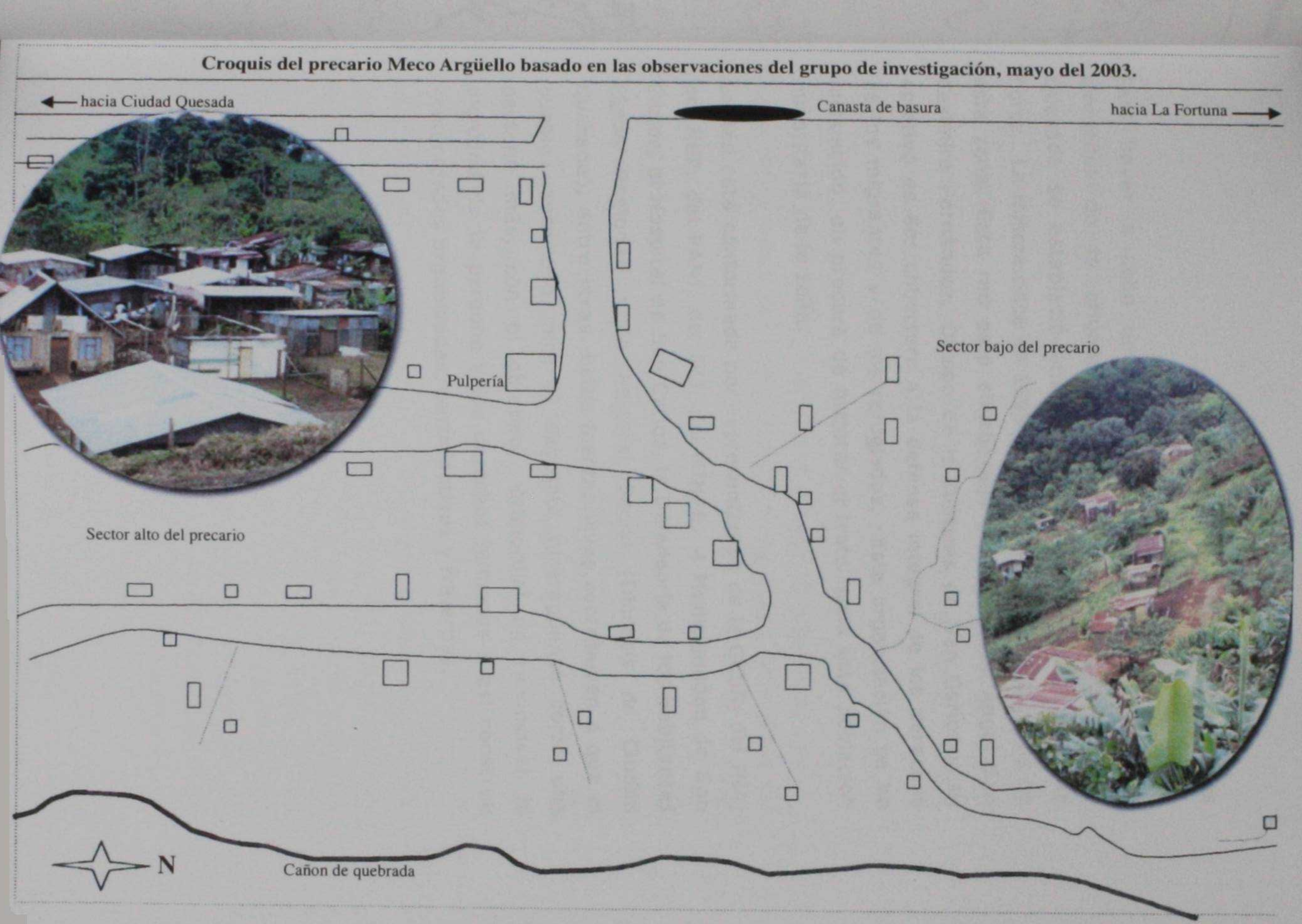
El señor Ricardo Rodríguez, coordinador de la Pastoral Social de Ciudad Quesada, manifiesta que gran parte de la vitalidad económica de la zona se debe a la participación continua de los nicaragüenses en las diferentes actividades económicas de la región y a su inserción en la vida cotidiana. En las afueras de la ciudad se han formado una serie de barrios pobres, producto de las tomas de tierras o de donaciones de terrenos, donde hay una notoria abundancia de familias nicaragüenses. Precarios como el del "Meco Argüello" y "La Abundancia", al norte de la ciudad; "Santa Fe", al oeste; y la comunidad establecida en la finca del Ingenio Santa Fe, al este, son ejemplos de precarios establecidos en este distrito de San Carlos.

Los migrantes establecidos en estas comunidades, no solo tienen problemas económicos y de empleo, sino que representan posibles focos de problemas para la salud, y aunque no existen datos específicos y claros sobre las repercusiones epidemiológicas y socioeconómicas de dicha población migrante. Se están desarrollando diferentes acciones de parte de los EBAIS y del Hospital de San Carlos, en procura de identificar dichas repercusiones.

MAPA DEL DISTRITO DE CIUDAD QUESADA-SAN CARLOS



Croquis del precario Meco Argüello basado en las observaciones del grupo de investigación, mayo del 2003.



Para llevar a cabo un manejo positivo de la problemática alrededor de la afluencia de migrantes nicaragüenses, en Quesada se estableció una red de organizaciones de la zona norte. La misma nace en 1999 como proyecto de la Diócesis de esta zona. Esta red está encabezada por Monseñor Ángel San Casimiro Fernández, Obispo de la Diócesis de San Carlos y su objetivo es dar cobertura a la defensa integral de los derechos de los migrantes y de los refugiados. Esta organización se ha fortalecido, en procura de mejorar el trato hacia esta población minoritaria de la zona.

La Red está conformada por representantes de la CCSS, del INA, del MEP, del PANI, del OIJ, del MINAE, la Municipalidad de San Carlos, el Hospital de San Carlos, la Defensoría de los Habitantes (Sede Regional) y la Pastoral Social (Diócesis de Ciudad Quesada), entre otras. Estas fuerzas vivas contribuyen a que el pueblo sancarleño mire al migrante nicaragüense como una persona más, con el objetivo primordial de reivindicar la dignidad de la persona y los derechos humanos y así construir comunidades organizadas, participativas y fraternas.

CARACTERIZACION DE LA COMUNIDAD LEÓN XIII

"Los pobres más pobres de la Guaira subían a pie por la vieja carretera y pasaban días enteros esculcando en la inmundicia, con ese sexto sentido de la utilidad que tiene la gente radicalmente pobre".

García Márquez, Nivel de Vida igual cero.

La ciudadela León XIII, como se le conoce popularmente, es el típico barrio pobre capitalino. Es el distrito cuarto del cantón de Tibás, provincia de San José. Está ubicado al oeste de la zona central de Tibás, y totalmente delimitado por la convergencia del Río Virilla y la Quebrada Rivera. Cuenta con una población estimada de 17.776 personas, con una distribución por sexo muy equilibrada (8.916 hombres y 8860 mujeres)[3]. La mayoría de sus habitantes son costarricenses (86.6 por ciento) y la extranjera de casi 14 por ciento, de los cuales el 11.7 por ciento, conformado por migrantes nicaragüenses.

Este desarrollo urbanístico se planteó como solución de vivienda para trabajadores de escasos recursos y sus familias y a lo largo de los años fue creciendo y albergando una diversa gama de sectores sociales. Este tipo de asentamiento se constituyó a raíz del crecimiento de las oportunidades de trabajo en las ciudades, donde la población puede aprovechar además la facilidad de acceso a los servicios públicos. Como describe Rokael Cardona en el libro Ciudadanía en Precario, estos son "barrios antiguos,

con poca organización social, con políticas puntuales y débiles de las instituciones del Estado, con un paisaje urbano marcado por el deterioro habitacional y la desintegración social, en pleno centro del Área Metropolitana"[4].

Si bien muchos de estos barrios se fundan para albergar a una población muy pobre, sea por iniciativa del Estado (como el caso que nos atañe) o por toma de tierras de los pobladores (como el caso de la ciudadela 15 de Setiembre), y por lo tanto con pocos servicios disponibles, con el paso del tiempo llegan a tener una amplia cobertura de servicios públicos y privados.

Parte importante de su población también llega a estabilizarse económicamente, mostrándose en las mejoras a las casas y los accesos a la comunidad. Así, muchas de estas comunidades amplían el espectro económico de sus habitantes al incorporar sectores medios, como pequeños comerciantes, profesionales y funcionarios del Estado. Como nunca dejan de ser comunidades pobres, se da una tendencia a incorporar otros sectores marginados de la población; se forman con frecuencia zonas de precarios alrededor del casquete urbanizado de la comunidad, tal es el caso de León XIII, Hatillo 8 o Alajuelita. Esto ha provocado que las comunidades en esta situación tengan un creciente problema de hacinamiento y de delincuencia, con sus respectivos efectos directos sobre la salud y calidad de vida de sus pobladores.

---

3 INEC. "Cálculo de población por provincia, cantón y distrito al 1 de julio y 1 de enero, 2002-2003". En Censo de Población 2000 p.13

4 Cardona, Rokael; Ciudadanía en Precario: globalización, desigualdad social y Pobreza en Rotterdam y San José; San José, Costa Rica, FLACSO, 2000, p.71

Dentro de esta perspectiva se tiene que la comunidad de León XIII es parte de uno de los principales anillos de miseria del noroeste del Gran Área Metropolitana. Si bien la comunidad cuenta con una zona urbanizada importante, se le han ido adhiriendo una serie de precarios que han aumentado el volumen de su población, tales como: Las Gradas, El Progreso y Garabito, que es el más extenso.

"Aunque fue el expresidente Daniel Oduber Quirós (período 1974-1978) el gestor de este proyecto con el cual nació nuestra comunidad, fue hasta el gobierno de Rodrigo Carazo Odio (1978-1982) que se desarrolló con el apoyo del INVU"[5]. La población que resultó beneficiada comprendió a familias de obreros y migrantes del interior del país que, por su nivel económico no podían adquirir una vivienda que reuniera los requisitos de urbanización y servicios básicos.

La comunidad cuenta con solamente dos accesos por carretera. Uno por Tibás, vía el barrio Cuatro Reinas y el otro por la carretera principal de la Uruca. Desde el sector sur (La Uruca), se llega al mejor sector de la ciudadela, el cual muestra viviendas en muy buen estado y con calles limpias. Es aquí donde se encuentran ubicadas las instalaciones de los cuatro EBAIS que prestan sus servicios a la comunidad de León XIII. Cien metros hacia el norte se interseca con la calle proveniente de Tibás, que es la principal de la comunidad. Esta zona presenta gran cantidad de comercio, incluyendo bazares, pulperías, carnicerías y sodas.

---

5 Gerardo Carballo Ex-regidor por el distrito de León XIII, Periodos 78-82 y 86-90.

MAPA DEL CANTON DE TIBAS – SAN JOSÉ

Mapa de ubicación de Leon XII en el Canton de Tibas



Croquis de León XIII y de sus precarios, 2005







Río Virilla

Precario Las Gradas

Precario El Progreso

Precarios recientes

Sector central de la comunidad

hacia Tibás

Calle principal

EBAIS

Precario Garabito

Quebrada Rivera

Hacia la Uruca

NORTE

Desde el ingreso a este sector central de la comunidad, es evidente la abundancia de basura en la vía pública. Un recorrido por las calles del barrio muestra zonas de acumulación permanente de desechos y un deterioro marcado de las viviendas. Además del abandono de los sitios públicos como plazas de juegos y parques, que se han convertido en lotes baldíos y botaderos de basura.

Es también notoria la cantidad de jóvenes, adultos y mendigos deambulando en las calles y alamedas en horas laborales. Según Gerardo Carballo, esto se debe a la situación de desempleo de muchas personas y a las problemáticas del consumo y tráfico de drogas al interior de la comunidad.

Si bien es cierto en la ciudadela de la León XIII mucha de la población participa en grupos religiosos no- católicos, la Iglesia Católica es la más activa en dar apoyo tanto a nivel organizacional como a resolver necesidades básicas concretas. La Iglesia Católica en coordinación con la Pastoral Social y con la ayuda de voluntarios de la comunidad han logrado implementar proyectos que han logrado consolidarse y extenderse. El más importante es el comedor para asistir a los niños más pobres y necesitados de la comunidad, de los cuales según el cura Párroco alrededor del 60 por ciento son nicaragüenses.

La ciudadela ha arrastrado a lo largo del tiempo una serie de problemas y carencias que en los últimos años se han visto reforzados por el incremento de la población, que los mismos

vecinos consideran que es consecuencia por la llegada de migrantes nicaragüenses.

Tanto residentes como autoridades de organismos que funcionan en la comunidad enumeran situaciones conflictivas y problemas que se viven diariamente en León XIII.

El primero de ellos es la situación de la vivienda. A pesar que en el casco urbanizado de la comunidad existe una buena cobertura en servicios básicos a las viviendas de agua y de alumbrado eléctrico, como se puede apreciar en el siguiente cuadro:

Cobertura de los servicios públicos en la comunidad de León XIII, 2001.

Abastecimiento de agua potable	90%
Servicios de alcantarillado	70%
Evacuación de excretas	70%
Recolección Municipal de Basura	100%
Alumbrado y servicio eléctrico a las viviendas	75%

Fuente: ASIS EBAIS *León XIII, 2001.*

Como se puede apreciar, solamente la evacuación de excretas presenta problemas de cobertura. A pesar de los datos suministrados, la totalidad de los entrevistados sostienen que hay deficiencia en el servicio de recolección de basura.

En los alrededores de la comunidad y sobre todo en las partes más bajas de la ciudadela, han crecido diferentes precarios, la

mayoría de ellos ubicados en zonas de alto riesgo y que desde 1997 la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias había declarado inhabitables por la cercanía a los ríos. La mayoría de estas casas, construidas con latas, madera vieja, y zinc herrumbrado, son habitadas por familias numerosas donde lo característico, es el hacinamiento, la promiscuidad y la mala higiene.

La zona de los precarios tiene varias fuentes de agua potable comunales y trece medidores comunitarios. Según información de AyA, la mayoría de las viviendas en los precarios tienen letrinas, que son simples huecos cavados por los mismos moradores, incluso muchos vecinos de la comunidad comentan que algunas de las personas que viven en los precarios, utilizan tanques de captación de excretas del alcantarillado regular para echar sus residuos. El otro gran problema es el de las aguas jabonosas y pluviales, que al no estar canalizadas, corren al aire libre, por lo que contaminan a su paso los accesos a las viviendas.

Otra situación problemática es la drogadicción, que está vinculada al aumento de la violencia intrafamiliar y a la delincuencia, presente a través de las pandillas de barrios.

El consumo de drogas, el abuso del alcohol y del tabaco es muy común incluso en niños. De acuerdo con varias versiones de vecinos de la comunidad, registradas por el equipo realizador del ASIS 2001 de León XIII, las mismas llegan a ser vendidas directamente a la escuela. A pesar de la presión comunal para

tratar de evitar este tipo de comercio, ha sido muy difícil que la policía tome medidas efectivas para frenar a los narcotraficantes[6].

Por último, cabe resaltar el problema de la basura. Este es un problema tan serio en la comunidad que es lo primero que se evidencia al recorrerla, principalmente en los precarios. (Ver Foto #2).

Los funcionarios del EBAIS han pedido a la Municipalidad de Tibás, en varias ocasiones tomar medidas debido al problema higiénico que provoca la basura en las calles, pero hasta ahora no se ha visto ningún resultado. Una situación que agrava el problema es la existencia de un gran número de alamedas, a las que los recolectores de basura no pueden entrar. En estos casos, la basura debe de ser depositada en las esquinas de las calles principales, y la misma queda expuesta a los drogadictos y mendigos, así como a los numerosos perros callejeros que rondan la comunidad. Además el servicio de recolección no es continuo, muchas veces la basura queda dispersa por las calles y los baldíos por muchos días, ocasionando malos olores, moscas y roedores.

Población nicaragüense

La población nicaragüense en León XIII representa un poco más del 10 por ciento de la población de la comunidad y la mayoría está asentada en los barrios precarios de la misma. En estas

---

6 EBAIS León XIII; Análisis Colectivo de la Situación de la Salud (ASIS - 2001 - 2003); p 47.

zonas los problemas antes mencionados se intensifican y prácticamente pasan a formar parte de la identidad de estas barriadas, donde viven tanto costarricenses como nicaragüenses.

Por la inestabilidad laboral y legal de los nicaragüenses que habitan los precarios, las viviendas tienden a albergar a varias familias, las cuales son numerosas o extendidas. Los ATAP de los EBAIS de la comunidad manifiestan que en las zonas de los precarios las condiciones de higiene son malas, no solo porque el ambiente no reúne las condiciones sanitarias necesarias, sino también porque muchos migrantes "tienen malos hábitos de higiene" y usan inadecuadamente los servicios de electricidad, agua potable y disposición de excretas. (Ver Foto #3).

No se puede afirmar que el establecimiento de los migrantes nicaragüenses en León XIII ha variado de forma notoria la situación de dicha comunidad, pero sí existe un aumento de la cantidad de los problemas sociales a raíz de las condiciones de vulnerabilidad a la que dicho sector de la población se encuentra expuesto.

CAPITULO III

SITUACIÓN DE SALUD DE LAS COMUNIDADES

"La pregunta que interroga por la medicina, sus fines y funciones, es indisociable del contexto en el que se formula, pues éste determina las necesidades y su expresión".

Fernando Lolas Stepke, Más allá del cuerpo.

Lolas Stepke plantea que los servicios de salud deben responder a las circunstancias particulares de cada comunidad. Por esta razón, en el capítulo anterior se buscó conocer la situación de cada una de las comunidades que interesan a este trabajo. Otra situación que evidencia el contexto en el que viven los miembros de dichas comunidades son las condiciones de salud que privan en ellas y los servicios médicos que se brindan, pues cada comunidad del conjunto territorial tiene sus necesidades diferenciadas.

El presente capítulo desarrolla los principales rasgos en materia de salud de León XIII y Ciudad Quesada, con el objetivo de evidenciar factores determinantes en el enfoque que puedan tener los inmigrantes nicaragüenses de los servicios brindados por las entidades médicas públicas de Costa Rica.

CIUDAD QUESADA

El área de salud del distrito de Quesada incluye las comunidades de Cedral, San Juan, Concepción, San Martín, Sucre, San Pablo, Los Ángeles y Ciudad Quesada como tal. Pero como ya se

planteó, se entenderá como Ciudad Quesada al conjunto de todas estas comunidades.

Quesada presenta como mayores problemas en el ámbito de la salud la violencia doméstica, la drogadicción y el alcoholismo, los embarazos de adolescentes y la contaminación ambiental. Para el fin de contrarrestar los efectos de dichos problemas, las entidades médicas se han propuesto "trabajar en cada uno de los problemas, analizando sus factores condicionantes, sus consecuencias para la salud, la actitud actual de la población y la deseable para ella"[1].

Según estudios presentados en el ASIS de Ciudad Quesada, para el año 2003, las principales causas de consulta que hace el pueblo son referentes a los niños, la atención a mujeres, especialmente las embarazadas, seguido de la consulta de los adultos mayores.

Según el la información suministrada por el Area de Salud de Quesada, las familias de esta zona están en un 20 por ciento en manos de jefas de hogar, donde la figura paterna ha desaparecido. A esto se suma que un 18 por ciento son familias extensas que mantienen ciertos roles tradicionales. Eso trae como consecuencia una mayor presión sobre las féminas, que deben, no solo encargarse de los quehaceres domésticos, sino que también se responsabilizan por el sustento y las diversas necesidades de sus hijos.

---

1 Área de Salud de Ciudad Quesada, Análisis de Situación Integral en Salud. (ASIS – 2003). p 53.

Este ambiente repercute en la dinámica familiar y se ve también afectada la situación de salud. Esta se manifiesta en diversos tipos de enfermedades, como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro sobre el conjunto de Enfermedades
Programa de la Mujer

ENFERMEDAD	DETERMINANTES	ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN
Cefalea Tensional	- Stress -Problemas familiares -Depresión	-Actividades de recreación -Terapia individual o grupal
Infección del tracto Urinario	-Factores Anatómicos -Malos hábitos higiénicos	-Educación sobre prevención, detección y complicaciones
Colitis	-Stress -Malos hábitos alimenticios	-Educación grupal e individual
Lumbalgia mecánica	-Traumas -Malas posiciones -Labores repetitivas	-Educación sobre medidas preventivas
Gastritis	-Stress -Malos hábitos alimenticios -Alcohol -Tabaquismo	-Educación sobre dieta adecuada -Eliminación de alcohol y tabaco.

Fuente: Información de redes, Área de Salud Ciudad Quesada, 2003, p. 8

En términos generales estos padecimientos están también unidos al tipo de hábitos higiénicos, a la inadecuada preparación de alimentos, a la contaminación de aguas y al hacinamiento en los hogares.

Ante estas condiciones de vida desfavorables, son los niños los más propensos a contraer diferentes enfermedades, tal y como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro del conjunto de Enfermedades en niños y niñas

MORBILIDAD	DETERMINANTES	ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN
Infección vías respiratorias superiores	-Medio Ambiente -Hacinamiento	-Campañas educativas -Información de manejo y alerta de complicaciones
Dermatomicosis	-Malos hábitos higiénicos - Contaminantes ambientales	-Educación sobre métodos de prevención
Diarrea	- Malos hábitos higiénicos -Contaminación de aguas -Mala preparación de alimentos	-Campaña de información -Control de calidad de aguas
Escabiosis	-Hacinamiento -Higiene inadecuada -Animales domésticos	-Información sobre prevención y erradicación
Anemia	-Dieta inadecuada -Parasitosis intestinal	-Administración del hierro profiláctico. -Educación sobre dieta adecuada

Fuente: Información de redes, Área de Salud Ciudad Quesada, 2001,p. 10

En el caso de los adolescentes, es frecuente que no asistan a la consulta médica, sin embargo cuando hacen uso de este servicio es básicamente por gastritis, acné, situación de sexualidad y embarazos en las adolescentes, como se puede apreciar en el siguiente cuadro:

Cuadro del conjunto de Enfermedades
Programa del Adolescente

MORBILIDAD	DETERMINANTES	ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN
Falta de asesoramiento en anticoncepción y sexualidad	-Débil programa de educación sexual en colegios -Predominio de mitos y creencias entre padres	-Creación de grupos adolescentes organizados -Campañas de educación -Capacitación de adolescentes
Infección en vías respiratorias superiores	- Medio ambiente	- Educación grupal e individual

Acné	- Determinantes múltiples: genética, dieta, infeccioso	- Información sobre factores corregibles
Gastritis	-Malos hábitos alimenticios - Stress	- Educación grupal e individual
Embarazo adolescente	-Educación sexual inadecuada -Irresponsabilidad	- Educación sexual e individual

Fuente: Información de redes, Área de Salud Ciudad Quesada, 2001, p.12

Aparecen también situaciones de afecciones emocionales como las depresiones, el stress postraumático y trastornos por ansiedad, donde los afectados van desde niños hasta los adultos mayores.

Los cuadros anteriormente presentados, muestran las diferentes acciones propuestas para mitigar la aparición de dichas enfermedades, donde sobresale la puesta en marcha de campañas educativas y la extensión de la información preventiva a toda la población de Ciudad Quesada.

Es importante señalar, basándose en el ASIS 2003 de Ciudad Quesada, que a pesar del elevado número de partos en madres adolescentes, se presentan pocos nacimientos de niños con bajo peso. También se evidencia que la mortalidad infantil se ha dado principalmente por falta del control prenatal o el inicio de éste en forma tardía. Otra consecuencia de esta falta de control, es la posible aparición de enfermedades que perjudican tanto a la madre como al niño. Eduardo Flores[2], señala al respecto que esta situación ha provocado al aumento del periodo de estadía de la madre y el hijo en los centros médicos, ante la necesidad de dar tratamientos a enfermedades en etapas avanzadas.

Sumado a lo anterior, el doctor Álvaro Hidalgo[3], explica que las nicaragüenses han venido a engrosar esta estadística. Primero porque muchas mujeres vienen con el embarazo muy avanzado, sin haber tenido control prenatal en su país y con el objetivo de tener a su hijo en Costa Rica, sea porque prefieren la atención en los centros médicos costarricenses o porque ésta es una forma de facilitar su legalización. En segundo lugar se da la situación de mujeres indocumentadas, que por falta de información creen que asistir a los centros médicos al control prenatal las pone en riesgo de ser deportadas, inclusive prefieren dar a luz en sus casas, y no es hasta que se da una emergencia, que acuden al hospital.

Este centro médico ha presentado una tasa de mortalidad general hospitalaria del 1,1 por ciento en sus egresos, así por ejemplo en el año 2001 ocurrieron 150 defunciones de pacientes hospitalizados.

También es importante mencionar que de acuerdo a estudios realizados por el PANI, el número de agresiones físicas, psicológicas y sexuales contra niños, niñas y adolescentes ha ido en aumento en esta región. Por ejemplo en el área de salud de Ciudad Quesada, en el año 2001, la agresión más común fue la violencia psicológica, luego la sexual, seguida de las agresiones físicas y por negligencia en menor escala. Así mismo se hace relación a la escolaridad presentada por las personas que fueron atendidas por causas de violencia. (Ver Anexos #5 y #6)

---

2 Funcionario de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Existe un segundo problema en orden de importancia en esta área, el que corresponde a la drogadicción y al alcoholismo. Comunidades como Cedral, San Martín y Sucre es donde se demuestra la mayor preocupación por este problema.

Junto a esta situación, los jóvenes y niños menores de 15 años están presentando un alto índice de tabaquismo, donde resulta difícil detectar quienes fuman ocasionalmente o lo hacen a escondidas.

Junto a lo anterior la mayoría de las mujeres están iniciando su actividad sexual entre los 18 y 20 años; en las localidades más alejadas y de menor nivel económico, esta actividad se inicia a una menor edad. Ante esto la planificación familiar está siendo mejor aceptada y tolerada, aunque en términos generales, la población considera que es responsabilidad exclusiva de la mujer el uso de los diferentes métodos anticonceptivos.

Por otra parte una de las problemáticas más comunes que se presenta en esta área es la relacionada con los accidentes laborales, especialmente en los trabajadores del campo agrícola, donde son comunes las heridas con armas punzo-cortantes; en menor escala están los accidentes con maquinaria pesada en las grandes empresas. También los casos de traumas en trabajadores de la construcción y unos pocos por lumbalgia según el tipo de trabajo que realizan.

---

3 Subdirector del Hospital de San Carlos.

Uno de los problemas que se presenta en forma constante es la contaminación de las aguas. Según reportes de los ATAP se dan las siguientes situaciones de contaminación:

- Interconexiones de cañerías viejas en la comunidad de San Pablo.
- Aguas servidas, aguas negras y basura con drenaje al Río Platanar de Calle Linares, La Cazuela, Santa Fé, IMAS.
- Aguas servidas y basura lanzada al Río Quebrada San Pedro.
- Rebalse de caños en el costado del Liceo San Carlos, IMAS y alrededor del Río Platanar.
- Deficiencias en toma de agua primaria en la zona de San Vicente, sector de Sucre.

Ante la problemática anterior los brotes de diarreas y otras enfermedades infectocontagiosas son propensos que se den; además de una alta incidencia de parasitosis intestinal en la población.

Cabe mencionar que aún es muy difundida la práctica de la medicina por medio de plantas, preparada por los mismos lugareños, especialmente por las personas mayores. Tales conocimientos empíricos se transmiten de generación en generación, inclusive, hay quienes dejan un tratamiento médico para sustituirlo por la medicina tradicional. Por ejemplo se tiene la práctica de "sobar" a quienes tienen padecimientos intestinales o digestivos conocidos como "pegas", y quienes realizan esta técnica tienen la confianza de la población[4].

SERVICIOS DE SALUD QUE SE BRINDAN A LA COMUNIDAD

EBAIS

Atendiendo las políticas de modernización de CCSS planteadas en 1995 sobre el modelo de atención en salud, el Área de Salud de Ciudad Quesada (ASCQ), a través de sus once EBAIS, inicia en 1998 la organización de diferentes actividades con comités de salud y líderes comunales tales como:

- ✓ Identificación e integración de los diferentes actores sociales
- ✓ Motivación y/o promoción de la salud.
- ✓ Diagnóstico comunal (ASIS)
- ✓ Organización comunal.
- ✓ Análisis de la situación de salud del área.

Una a una estas actividades fueron desarrollándose, contando actualmente con trece comités de salud, nueve asociaciones de desarrollo, siete grupos de educadores comunitarios y diferentes líderes comunales quienes trabajan en forma voluntaria por mejorar la salud y el bienestar de toda la comunidad, haciendo uso de actividades como trabajos en grupos, talleres de reflexión sobre diferentes temas, trabajo práctico y análisis de documentos (revistas, afiches, películas).

Se presta especial atención a los adolescentes, pues los mismos son considerados en alto riesgo social. El que la primera causa de consulta de esta población sea por problemas relacionados con la sexualidad, se debe a la falta de programas de educación en el tema, el inadecuado programa de educación sexual en los centros educativos, junto a mitos

---

4 Área de Salud de Ciudad Quesada, Análisis de Situación Integral en Salud. (ASIS – 2003). p 51.

y creencias que aún son parte de las familias. En el ASIS 2003 se ve como preocupante la incidencia en enfermedades de transmisión sexual y el que existan niñas en estado de riesgo de embarazo.

El adulto mayor también recibe atención prioritaria, sobre todo en casos como la hipertensión arterial, el estreñimiento e insomnio, entre otras necesidades. Esta población tiende a presentar dichas condiciones por falta de una dieta adecuada, falta de medicamentos y un manejo inadecuado de los mismos, así como por de herencia, traumas propios de su edad y por el proceso normal fisiológico.

El siguiente cuadro muestra la cobertura anual en el 2001 en el campo de la prevención, función indispensable que cumplen los EBAIS:

Cobertura anual preventiva
Área de Salud de Ciudad Quesada, 2001.

COBERTURAS LOGRADAS AÑO 2001	META ANUAL PACTADA	PRODUCCIÓN LOGRADA AÑO 2001			
		META PACTADA ABSOLUTA	POBLACIÓN TOTAL	CONSULTA PRIMERA VEZ	COBERTURA
Atención integral del menor de 1 año	65%	289	445	486	168%
Captación temprana de niños y niñas menores de un año	60%	267	445	486	182%
Atención integral de niños y niñas de uno a menos de siete años	40%	1334	3334	1162	87%
Vacunación: DPT, Polio, Heptatitis, H Influencia	95%	423	445	445	100%
Vacunación con SRP	95%	423	445	445	100%
Atención Integral de Adolescente	10%	797	7970	866	108%
Atención Prenatal	65%	478	735	664	138%
Atención de personas diabéticas	40%	995	19899	323	32%
Atención de personas hipertensas	45%	1990	19899	1143	57%
Tamizaje del Adulto Mayor	25%	631	2524	483	76%

Fuente: Información de redes y Balances de atención primaria, Área de Salud de Ciudad Quesada, 2001. p. 39

HOSPITAL DE SAN CARLOS

El Hospital de San Carlos, se localiza en Quesada, cabecera del Cantón de San Carlos. En noviembre del año 1920 entra a funcionar el primer Hospital de San Carlos, construido entre diciembre de 1919 y enero de 1920. El actual edificio fue inaugurado el 16 de setiembre de 1981.

Este centro de salud cumple una función en el segundo nivel de atención a pacientes como ente regional de alta desconcentración, condición adquirida en agosto del 2002. Por lo tanto es responsable de brindar atención médica especializada en los cuatro servicios básicos: medicina, cirugía, ginecobstetricia y pediatría; también lo hace en otras especialidades y sub-especialidades como psiquiatría, gastroenterología, cardiología, dermatología, ortopedia, otorrinolaringología, urología, cirugía pediátrica, oftalmología, fisiatría, vascular periférica, anestesiología, radiología y patología[5].

El hospital atiende la población de la Zona Norte del país, conformada por los cantones de San Carlos, Los Chiles y Guatuso (Alajuela) y los distritos de San Miguel de Sarapiquí, Peñas Blancas de San Ramón y Río Cuarto de Grecia, comprendidos en una extensión territorial de 5.932.22 Km2.. Le corresponde atender a una población aproximada de 188.714 habitantes, aunque se estima que también atiende a unos 50.000 habitantes indocumentados que residen en la zona, procedentes

---

5 Hospital San Carlos, Plan Anual Organizacional. (PAO - 2003) p22.

principalmente de Nicaragua. Además se da atención indirecta a unos 14.499 habitantes procedentes de los cantones de Alfaro Ruiz y San Ramón (Alajuela) que no les corresponde directamente asistir a esta área de salud, lo que hace una cantidad aproximada a los 253.213 habitantes atendidos en total.

Su cobertura comprende los servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa especializada a todas las diferentes áreas de salud de la región. Se tiene para Ciudad Quesada una proyección para el 2003 de 43.341 pacientes que serán atendidos en forma directa.

El funcionamiento de este centro como ente descentralizado y la colaboración de los diferentes EBAIS, ha permitido que la cobertura en salud hacia la población de la zona norte sea satisfactoria, especialmente tomando en cuanta que no solo cubre a los costarricenses, sino que también asume el control médico de muchos ciudadanos nicaragüenses. Tanto inmigrantes establecidos en la región, como aquellos que residiendo en Nicaragua, buscan ser atendidos en los centros de salud de la región.

LA SITUACIÓN EN LEÓN XIII

El hacinamiento es un problema muy influyente en la dinámica social de esta comunidad. Este fenómeno trae consigo un riesgo mayor en propagación y contagio de enfermedades. Además

unido al de la pobreza, incrementa las frustraciones propias de un entorno desfavorable, donde las personas no logran satisfacer las necesidades básicas, ni las de su familia. Tal y como lo manifiesta Fromm, "... es evidente que el exceso de población, o sea la gran densidad de población en condiciones de pobreza, ocasiona estrés y agresión... el exceso de población y la consiguiente gran densidad demográfica, son malignos cuando por falta de alojamiento decente las personas no tienen las condiciones más elementales para protegerse de la intrusión constante y directa de los demás"[6].

Sin que existan cifras oficiales, los funcionarios del EBAIS manifiestan que la mayoría de los nicaragüenses de esta comunidad se concentran en la zona de los precarios; situación que responde a la tendencia general de los inmigrantes nicaragüenses del Área Metropolitana.

Por lo anterior se puede apreciar que muchos de los nicaragüenses de León XIII enfrentan situaciones como la poca accesibilidad a servicios básicos, aglomeración de familias y deterioro del entorno comunal. En estas condiciones el incremento de las actitudes violentas no tarda en aparecer. Lo anterior tiene como consecuencia directa en la salud el incremento de los casos de lesiones provocadas por agresiones físicas, sobre todo en mujeres y niños. Como apunta el ASIS del Área de Salud Tibás-Uruca y Merced del año 2001-2003, esta situación también puede afectar la salud mental de la población[7].

---

6 Fromm, Erich. Anatomía de la destructividad humana. México. Editorial Siglo XXI, 1974, p. 119.

Aunque León XIII es una comunidad estable en lo que respecta a su situación de salud, los indicadores básicos se encuentran dentro de la media nacional, aunque la tasa de natalidad es superior a la misma. Los funcionarios de los EBAIS de dicha comunidad consideran que los programas de vacunación realizados por los ATAP han sido efectivos, pero aún hay problemas en cuanto al seguimiento de las inmunizaciones, primero por un problema en el tratamiento de los datos, los cuales todavía no ofrecen más que "aproximaciones burdas"[8]; y en segundo lugar, por que la alta movilidad en los lugares de vivienda y la poca seguridad laboral, representan un problema práctico a la hora de dar seguimiento a los pacientes.

A pesar de esta dificultad, el perfil de vacunación de la comunidad es bueno, pues el trabajo de los EBAIS es constante y además se debe tomar en cuenta que en Costa Rica los padres están en la obligación de dar seguimiento a la vacunación de sus hijos, de no hacerlo, se considera una violación a los derechos de los mismos, y de incurrir en la omisión, la trabajadora social del EBAIS de la comunidad transfiere el caso al PANI, el cual se encarga de hacer efectivo el derecho a la salud de los niños.

De darse alguna enfermedad que represente peligro público, esta obligación se extiende a los adultos. En estos casos el Ministerio de Salud es reforzado por la Fuerza Pública para hacer cumplir el esquema de vacunación apropiado.

---

7 EBAIS León XIII. Análisis de la Situación Integral en Salud. Area de Salud de Tibás. ASIS 2001. sp.

8 Idem. p 42.

Dentro del aspecto epidemiológico, el mayor problema ha sido el dengue, que ha tenido varias apariciones en los últimos años. En el 2002 la Clínica Clorito Picado impulsó el programa: "NO MÁS AL DENGUE EN MI COMUNIDAD", con el fin de combatir esta enfermedad y educar a la población en cómo evitar que la misma se propagara.

En correspondencia con el hacinamiento, las condiciones higiénicas desfavorables que caracterizan a la comunidad han sido el mayor problema en el combate del dengue. A esto se suma la acumulación de basura en diferentes rincones del lugar, las calles de tierra, los desagües a cielo abierto en los precarios, así como la cercanía de dos ríos contaminados, son condiciones que aumentan el riesgo de propagación de esta enfermedad.

Tal y como se señala en el Capítulo II, la acumulación de la basura en los lugares públicos es una de las características que el visitante observa desde que ingresa a la comunidad. De acuerdo con la Dirección de Educación Ambiental de Costa Rica, la basura alrededor de las casas y escuelas, o en los terrenos baldíos, las calles, los drenajes y hasta en los techos de las casas, trae como resultado sitios insalubres, debido a que los desechos orgánicos e inorgánicos se encuentran mezclados, descomponiéndose a cielo abierto, provocando un ambiente propicio para la proliferación de hongos, bacterias y muchos otros microorganismos que en períodos cortos se desarrollan en grandes cantidades. También se da la aparición de ratas, moscas y mosquitos, todos ellos diseminadores y causantes de

enfermedades e infecciones que pueden convertirse en epidemias.

Entre las principales enfermedades producidas por la acumulación de la basura se encuentran las siguientes:

- ✓ Las enfermedades gastro-intestinales referidas a las infecciones de estómago e intestinos, así como las amibiasis, cólera, diarreas y tifoideas.

- ✓ El aire transporta millones de microorganismos de la basura que al ser inhaladas afectan en las vías respiratorias y provocan laringitis y faringitis.

- ✓ Las enfermedades micóticas que son comunes en las personas que se encuentran en sitios donde existe acumulación de basura. Esto propicia el desarrollo de hongos y bacterias que, al estar en contacto con la piel, provocan irritaciones e infecciones.

La fauna nociva como roedores (ratas o ratones), pulgas, moscas, entre otras, son un factor importante en la transmisión de bacterias y virus que causan enfermedades en el ser humano como la peste bubónica, la rabia, y otras producidas por los hongos como la tiña.

Sin embargo, según como se explica en la Ley General de Salud, conocida también como Ley Orgánica del Ministerio de Salud, en

la Sección II De la Administración Sanitaria Municipal, es deber de las municipalidades cumplir con lo siguiente:

"**Artículo 47** - Todas la municipalidades de la República deberán destinar no menos del 20 por ciento de sus entradas anuales para sus servicios de salud que, de acuerdo con las necesidades determinantes conjuntamente con el Ministerio, hayan de realizar en sus respectivas localidades.
El Ministerio queda obligado a proporcionar la asesoría técnica que la municipalidades requieren para brindar los servicios antes dichos, los cuales serán coordinados por ese Ministerio, a través de la autoridad de salud que el mismo designe.

La Contraloría General de la República de Costa Rica velará por el cumplimiento de estas disposiciones.

Las municipalidades atenderán todas las medidas sanitarias que el Ministerio indique para la conservación de la higiene y para prevenir y combatir epidemias.
Artículo 48 – Las Municipalidades no podrán iniciar la ejecución de obras públicas de carácter sanitario, como Mataderos, Mercados, Hospitales, Crematorios, Basureros y otros de naturaleza análoga, sin la previa autorización del Ministerio, al cual remitirán oportunamente los planos y sus especificaciones, presupuestos y demás datos y antecedentes que contribuyan a formar concepto de dichas obras.

Artículos 48 bis – Las personas físicas jurídicas, privadas o públicas, que requieran permisos o autorizaciones del Ministerio

de Salud relativos al control de los factores físicos, químicos, biológicos y sociales que afecten el ambiente humano, contribuirán económicamente con el pago del servicio, conforme a las normas que dicte ese Ministerio y con las limitaciones establecidas en la Ley de la Administración Financiera de la República"[9].

Vecinos de la comunidad mencionan la falta de atención en la limpieza comunal.

Tal como lo mencionan ex - regidores de la Municipalidad del cantón de Tibás, existe un escaso interés por parte de esta entidad y de la misma población por tratar de solucionar dicho problema, ellos resumen lo anterior en la frase: "León XIII es la Cenicienta del cantón..."[10].

Estos conglomerados fueron identificados en un estudio presentado por Andrea Collado en el Simposio "Costa Rica a la luz del Censo del 2000" organizado por la Universidad de Costa Rica. Dicho estudio identifica comunidades donde tienden a concentrarse las madres de menos de 20 años; todas ellas corresponden a zonas donde "la alta fecundidad se combina con pobreza, deserción escolar y pocas posibilidades de empleo para sus residentes"[11].

Según el estudio, León XIII se ha mantenido como conglomerado de alta fecundidad adolescente desde 1984, pero en los últimos

---

9 Sección II De la Administración Sanitaria Municipal En: Ley General de Salud. San José, Costa Rica, Año XI, N° 48. p. 125.

10 Carballo, Gerardo y Orozco, Carlos. Ex –regidores por el distrito de León XIII en la Municipalidad de Tibás.

años ha ocupado uno de los 6 puestos superiores de la lista de 110 distritos metropolitanos. Esto se refleja en las estadísticas médicas del Análisis Colectivo de la Situación de Salud (ASIS) 2001, preparado por los EBAIS del lugar, donde se presenta que más del ocho por ciento de las consultas en el año dos mil se refirieron a asuntos de embarazos (control prenatal, planificación familiar, y diagnóstico y captación de embarazos).

En este sentido, concluyen que las adolescentes están iniciando sus relaciones sexuales a edades tempranas, con el riesgo de quedar embarazadas y por consiguiente adquirir enfermedades de transmisión sexual.

Según la autora del estudio antes mencionado, el tipo de vecindario influye en la conducta adolescente frente a la sexualidad y al embarazo, relacionándose con el hecho de que la mayoría de estas jóvenes encuentran poco acceso a la educación formal y no cuentan con posibilidades de satisfacer sus necesidades básicas como vivienda, alimentación, vestido, entre otras. También, es conocido que muchas de las inmigrantes nicaragüenses, en la búsqueda por formalizar su situación legal, las lleva a tener desde muy jóvenes, hijos costarricenses, con los que pueden lograr la residencia permanente[12].

En lo referente a la morbilidad[13] el mayor número de consultas se da por enfermedades en las vías respiratorias superiores (IVRS). Este es un grupo de padecimientos unido al medio

---

11 PNUD; Estado de la Nación #8; p.86

12 Roxana Tenorio, trabajadora social del EBAIS León XIII.

ambiente en que se desenvuelven las personas, aquí están incluidas: la gripe, la faringitis, amigdalitis, faringoamigdalitis aguda y sinusitis aguda; las cuales son causadas tanto por bacterias como por virus o bien pueden ser manifestaciones alérgicas.

Estas enfermedades afectan principalmente a los niños y a los adultos mayores y la aparición de las mismas está vinculada a condiciones medioambientales de los pacientes y al hacinamiento, que tanto en las viviendas como en los centros de estudio y de trabajo favorece su propagación. También están favorecidas por los niveles de contaminación ambiental prevalecientes alrededor de las viviendas de los pacientes, tanto por acumulación de basura como por la emanación de gases de los vehículos e industrias establecidas en los barrios aledaños.

En el análisis preparado por la dirección de los EBAIS de León XIII se manifiesta que este tipo de problemas infecciosos podría estar "manifestando algunos problemas de índole social"[14] donde las condiciones de vida de los pobladores no permiten romper con la contaminación fecal-oral.

La segunda causa de consulta es la hipertensión arterial, que a la vez es la primera causa de consulta en el caso de los adultos y los adultos mayores. Esta enfermedad, además de presentarse en personas con predisposición genética, está muy unida a los hábitos alimenticios, al sedentarismo, al fumado y a otros vicios.

---

13 Esto es la cantidad o porcentaje de personas que padecen los diferentes tipos de enfermedad con respecto a la población total.

14 EBAIS León XIII, ASIS 2001, p.11.

Dentro de los adultos, la segunda causa de consulta es la gastritis, la cual está unida a los hábitos alimenticios, fumado, alcoholismo y estrés.

No hay estudios específicos sobre el tipo de hábitos alimenticios de la comunidad. Sin embargo, la nutricionista del EBAIS, Ruth Espinoza, asegura que los hábitos de la mayoría de las personas no son los más adecuados. En parte porque existe poca información sobre la necesidad de cuidar lo que se consume, pero también por la falta de interés y capacidad económica de parte de la población a la hora de adquirir los alimentos.

Lo anterior puede ser apreciado en el siguiente cuadro:

Cuadro de causas más frecuentes de consultas en la población general de la comunidad de León XIII, Clínica Clorito Picado, 2000.

DIAGNOSTICO	por ciento
Infecciones agudas de vías respiratorias	5.16
Hipertensión arterial	4.36
Asuntos administrativos	2.56
Gastritis	2.47
Tamizaje para tumores	2.39
Control Prenatal	2.27
Planificaión familiar	2.26
Diagnóstico y capacitación de embarazo	2.15
Solicitud de exámenes generales	2.04
Diarreas y gastroenteritis infecciosa	2.01
Resto de causas	72.33

Fuente: Registros médicos de la Clínica Clorito Picado. Sistema MEDISYS, San José, Sistema de Cómputo MEDISYS, setiembre 2001.

Unido a lo anterior, se debe tomar en cuenta la calidad en el crecimiento dentro de la población infantil, que se refiere al estado nutricional, de acuerdo al peso y edad de los niños. Como se muestra en el siguiente cuadro, la mayoría de los niños presentan un nivel nutricional normal, en un 77.5 por ciento, sin embargo, un 16.25 por ciento de los menores tiene algún problema en esta área.

Cuadro del estado nutricional de los niños y niñas beneficiados del CEN-CINAI León XIII, 2000

CATEGORÍAS	CASOS REPORTADOS	por ciento
Sobrepeso	5	6.30
Peso normal	62	77.50
Desnutrición leve	12	15.00
Desnutrición moderada	1	1.25
Desnutrición severa	0	0
TOTAL	80	100

Fuente: CEN-CINAI de León XIII, Encuesta del estado nutricional de los niños y niñas beneficiarias. San José, Costa Rica; CEN-CINAI/Ministerio de Salud, marzo del 2001.

En lo que se refiere a la población nicaragüense, el ASIS muestra que entre las consultas, las más comunes son de niños y de los adultos mayores, luego le siguen las mujeres, especialmente en estado de embarazo; por el contrario los jóvenes son los que menos asisten a la consulta médica. Esto corresponde según el Dr. Danilo Marenco[15], a que los programas de salud en Costa Rica han sido dirigidos prioritariamente a los menores de 14 años y a los mayores de 65 años, así como a las mujeres

embarazadas, con énfasis en las madres adolescentes, siendo las mujeres quienes asisten a consulta médica con mayor regularidad.

Si bien la experiencia de los funcionarios del EBAIS se extiende a solamente tres años, el patrón de consulta parece repetir el que se había identificado cuando la población de la comunidad era atendida en la Clínica Clorito Picado. Así, según la Dra. Carmen Lara [16], la población de León XIII tenía la tendencia a ser policonsultante, esto significa que consultan varias veces en períodos cortos y por razones que no necesariamente ameritaban la visita al centro médico. Dentro de su percepción un 60 por ciento de este tipo de pacientes eran nicaragüenses. Los médicos y funcionarios entrevistados en el actual centro de salud, manifiestan que esta actitud tiende a repetirse dentro de la población nicaragüense, además de que frecuentemente esperan recibir todo tipo de atención médica aunque no sean cotizantes de ningún régimen de la CCSS.

Incluso, tanto doctores como funcionarios de las instituciones antes nombradas, tienen conocimiento de nicaragüenses que vienen específicamente a Costa Rica a tratarse algún mal; a veces son referidas desde Nicaragua para que sigan algún tipo de tratamiento inexistente en los servicios de salud de Nicaragua, como la tomografía axial computarizada, electroencefalogramas, controles cardíacos con especialistas, mamografías, intervenciones quirúrgicas o atención de parto.

---

15 Médico General del Área de Salud de León XIII.

En el caso de la Clínica Clorito Picado, la Dra. Carmen Lara[17] manifiesta que en su mayoría, los nicaragüenses residentes en León XIII, tienen seguro por el Estado, muy pocos son asegurados por sus patronos y una minoría tiene seguro voluntario. Otra situación apuntada por la doctora, "es que la población ilegal hace uso casi exclusivo de los servicios de emergencia de la Clínica, pues sabe que no se les puede negar la atención por falta de papeles, por lo tanto reciben el tratamiento requerido, dan una dirección ficticia y luego desaparecen", perdiéndose así la continuidad de los registros de dichas personas.

A pesar de las declaraciones de diferentes médicos, esta impresión no se corrobora con las estadísticas presentadas por las instituciones de atención médica. De acuerdo con las estadísticas de aseguramiento del EBAIS León XIII, de 15.808 personas registradas, 1.364 son nicaragüenses, de los cuales 877 cuentan con algún tipo de aseguramiento.[18]Esto muestra un patrón diferente al manifestado por los funcionarios de los centros médicos, con respecto a la condición de aseguramiento en la que se encuentran los inmigrantes nicaragüenses atendidos.

La disparidad que se presenta entre los controles de registro de asegurados y la versión que sostienen los médicos, puede resultar de la dificultad de darle seguimiento a los pacientes indocumentados. Tal y como lo indican los ATAP de la

---

16 Médico Pediatra de la Clínica Clorito Picado.

17 Médico Pediatra de la Clínica Clorito Picado.

comunidad, en sus visitas domiciliarias se encuentran con casos de inmigrantes ilegales, que son atendidos cuando se da una emergencia pero cuyo seguimiento se hace prácticamente imposible, debido a que su alta inestabilidad laboral va acompañada de continuos cambios de zonas de residencia.

Estos funcionarios consideran esta situación, aunada al deterioro en la condición de salud que muchos nicaragüenses arrastran desde su país, convierte a esta población inmigrante no documentada altamente vulnerable a sufrir todo tipo de enfermedades y a propagarlas. El doctor Alberto Benavides[19], opina que la población inmigrante, al no tener un lugar de trabajo o vivienda estable tiende a "automedicarse, no necesariamente con el producto más recomendado, sino por otros que consideren puedan curar sus dolencias", lo que muchas veces impide el adecuado tratamiento de la dolencia y hace que la enfermedad se mantenga.

Otro factor que dificulta el proceso médico adecuado, según explica el personal del EBAIS, es el hecho de que el nicaragüense acostumbra a cambiarse los apellidos o las fechas de nacimiento.

Una actitud que el personal médico ha observado es la de solicitar medicamentos para enviarlos a los parientes que dejaron en Nicaragua y para procurárselas fingen algún tipo de enfermedad o bien solicitan ser atendidos por síntomas diversos de manera que puedan obtener los medicamentos deseados,

---

18 Datos proporcionados por el Ing. Roberto Vargas, encargado del área social de la Clínica Bíblica.

dentro de los cuales, las pastillas de control prenatal, el acetaminofen y la diazepan son los más solicitados. Un reportaje de Canal 7 [20], pone en evidencia esta costumbre, conocida también como "coyotaje".

19 Médico pediatra de la Clínica Clorito Picado.

20 Castellón Eduardo. Las autoridades nicaragüenses y ticas unen esfuerzos para encontrar a los responsables del tráfico de medicamentos de la CCSS en ese país. Teletica Canal 7. 24 de setiembre del 2003.

SERVICIOS DE SALUD QUE SE BRINDAN EN LA COMUNIDAD

EBAIS LEON XIII

La población residente en León XIII es atendida por cuatro EBAIS, los cuales son administrados por la Clínica Bíblica desde el 17 de septiembre del 2001, como parte del programa de venta de servicios de la CCSS, conocido como Plan de Compromisos de Gestión. Dichos EBAIS comparten el personal administrativo con los EBAIS de la Ciudadela La Carpio.

El modelo de Atención Integral está constituido por los programas específicos de Atención Integral al Niño, al Adolescente, a la Mujer, al Adulto Mayor, y Atención al Ambiente[21].

Los EBAIS se encuentran instalados en dos casas pequeñas habilitadas para los servicios médicos necesarios en este nivel de atención: medicina familiar, prevención y diagnóstico; aunque si la atención lo amerita, se atienden emergencias tales como partos y heridas menores.

El servicio es brindado por cuatro médicos, uno por cada sector. Según explica el ingeniero Vargas, se atienden aproximadamente "cuatro pacientes por hora, más un número indeterminado de valoraciones, donde las consultas y asistencias más comunes se deben a atención integral, tratamiento del tipo de mal que

---

21 Acuña González, Guillermo. et, al. Diagnóstico Global: La población inmigrante nicaragüenses en Costa Rica: Realidad y Respuestas. Fundación Arias para la Paz y el Progreso Humano, San José, Costa Rica, Octubre 1999.

Centro de Documentación de Filosofía

presentan, seguimiento correspondiente, y educación para mejorar su situación de salud"[22].

No hay diferencia alguna en cuanto al tipo de paciente que llega a pedir atención médica, en este sentido, tanto asegurados como no asegurados, nacionales como extranjeros pueden gozar del derecho a ser atendidos por dicha instancia.

Además de la atención médica, educación, prevención y promoción de la salud que el EBAIS pueda brindar, también atienden necesidades generales de las familias. Se pueden gestionar otros servicios tales como la intervención del PANI, el IMAS y en caso de los inmigrantes, la tramitación para la legalización en el país.

Según los estudios realizados por parte de los EBAIS, los objetivos a mediano plazo de la entidad, incluyen combatir la violencia doméstica, fortalecer los programas de nutrición infantil, controlar las posibles causas que originan las infecciones en vías respiratorias, producto del hacinamiento, la cantidad de polvo en el ambiente y abundancia de insectos y animales como ratas, gatos y perros. Como problema adjunto, está la influencia de dos ríos contaminados que pasan en los límites bajos de la comunidad. (Ver Foto #4).

22 Vargas, Roberto (Ingeniero). Encargado del Área de Acción Social / EBAIS, Hospital Clínica Bíblica, San José, Costa

CLINICA CLORITO PICADO

La Clínica Clorito Picado es una de las unidades periféricas del Área Metropolitana de la CCSS. Atiende el área de salud de Tibás-Uruca-Merced, cubriendo a una población de 78,272 personas, según las cifras oficiales dadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos, basándose en el Censo de Población del 2000. En las proyecciones del ASIS 2001-2003, la población asegurada ascendió a 48.127 personas, de ella 11.872 habitantes correspondían a residentes de León XIII.

El siguiente cuadro muestra dicha tasa de afiliación:

Población del Distrito de León XIII afiliada a la Clínica Clorito Picado, por sexo. Año 2000

Población Afiliada	porcentaje del total de habitantes	Hombres	Mujeres	porcentaje por sexo	
				H	**M**
11,872	72.39	6,558	5,314	81.26	63.79

Fuente: Registros Médicos de la Clínica Clorito Picado. Datos de Afiliación. San José, CR: Sistema de Cómputo MEDISYS, septiembre del 2001[23].

Esta clínica es un centro de primer y segundo nivel de atención, esto significa que en el primer nivel la atención está básicamente dirigida hacia la comunidad y la familia en el campo de la prevención de enfermedades, promoción y la recuperación de la salud, rehabilitación y manejo de enfermedades crónicas, básicamente a través del servicio de enfermería.

Rica, 17 de julio, 2003.

En el segundo nivel, la clínica cuenta con un servicio de emergencias y los pacientes pueden obtener atención en ciertas especialidades, inclusive se da el servicio de cirugía menor y ambulatoria. Este nivel de atención exige la existencia de laboratorio clínico, radiología, farmacia y el desarrollo de programas materno-infantil. Además, presta servicios odontológicos, tanto en las instalaciones de la clínica, como ambulatoria en el ámbito escolar.

Dentro del primer nivel de atención existen once EBAIS, los cuales tienen sus servicios concentrados en la Clínica, aunque el programa de descentralización de los servicios médicos está buscando reubicarlos en las diferentes comunidades. Se parte del principio básico de la descentralización, que tal como lo explica Eduardo Flores consiste en hacer que sean los servicios médicos los que lleguen hasta las comunidades afectadas, brindándoles los servicios que requieran, y no a la inversa, como antes sucedía, lo cual muchas veces implicaba kilómetros de viaje, sobre todo para las personas que viven en zonas muy alejadas del territorio nacional costarricense. Con esta visión ya se descentralizaron en el año 2001 los EBAIS de León XIII y La Carpio de la Clínica Clorito Picado.

En estos momentos tiene capacidad para atender unas 1000 personas diarias contando con 174 funcionarios en el año 2001, de los cuales 46 son médicos u odontólogos. La mayoría de las consultas están concentradas en niños y en adultos mayores, el otro grupo que más citas absorbe es el de las mujeres

---

23 Idem

embarazadas; así se comprueba, que en el año 2001 se atendieron más de 1000 partos. Los casos que requieren hospitalización son referidos al Hospital México, que cubre esta área de salud o bien al Hospital Nacional de Niños como unidad especializada.

Al igual que todas las clínicas de segundo nivel del país, tiene problemas para cumplir las metas propuestas y para lograr un eficiente servicio a su clientela, provocado por "el exceso de demanda, la falta de incentivos y a presión cuantitativa para el cumplimiento de metas"[24]. Como todo centro de la CCSS, presta los servicios de emergencias y asistenciales tanto a asegurados como a no asegurados.

En la Clínica Clorito Picado los extranjeros que más solicitan el seguro por el Estado o Validación de Derechos, son los nicaragüenses, colombianos y dominicanos. Las razones para solicitarlo son bajo ingreso económico, trabajos temporales, cédula de residencia en trámite y por último no tener patrono que lo asegure; en el caso de las mujeres también se argumenta la falta de un compañero que las asegure.

Con la instalación de los EBAIS en León XIII, la población de dicha comunidad solamente asiste a la Clínica Clorito Picado si es referida para ser atendida por algún especialista o para cierto tipo de tratamientos o exámenes. Desde antes de la apertura de dichos EBAIS se informó a la población del traslado de los

24 Clínica Clorito Picado. Análisis situacional de salud 2001.

servicios y se especificó en qué casos se les atendería en la clínica.

CRUZ ROJA DE CUATRO REINAS DE TIBAS

La comunidad de León XIII es cubierta por la Cruz Roja de Cuatro Reinas de Tibás, que también cubre las zonas de Tibás, La Carpio, La Uruca, General Cañas y parte de Santo Domingo de Heredia y de Braulio Carrillo.

Claudio Grijalva[25], sostiene que solamente en esta comunidad se atiende a un aproximado de 400 pacientes por mes. Sin embargo para la época de diciembre éste número tiende a bajar, esto según explica Grijalba se justifica dado que un número importante de las familias o habitantes establecidos en León XIII son nicaragüenses, y en la época navideña tienden a viajar a su país de origen, para luego regresar una vez que inicia el año.

En los registros de atención de octubre y noviembre del 2002, de 53 casos de nicaragüenses atendidos, la mayor parte fueron por heridas o traumas (20 casos) y en segundo lugar se atendió a personas con algún tipo de problemas cardiacos (11 casos). Cabe anotar que en los casos de heridas y traumas, los hombres y mujeres se repartieron el 50 por ciento de los sucesos cada uno, y 11 de los mismos pertenecieron a personas entre los 2 y los 30 años[26].

---

25 Administrador de la Cruz Roja de Cuatro Reinas de Tibás.

26 Archivos de la Cruz Roja León XIII. Ver Anexos.

Geovanni Rodríguez[27], oficial de guardia de la Cruz Roja de Cuatro Reinas de Tibás, asegura que las llamadas de emergencia por parte de los nicaragüenses en el área de León XIII, no son diferentes a las de los habitantes costarricenses; en su mayoría se ven casos de hipertensión, problemas cardíacos, problemas estomacales, traumas y partos. (Ver Anexo #8).

Rodríguez comenta que única diferencia que se podría rescatar entre un paciente nicaragüense y uno costarricense, es que el nicaragüense tiende a resistirse cuando, según la razón médica, debe ser trasladado a una institución hospitalaria mayor, ya que cree que por no portar documentos al día, será reprendido por autoridades hospitalarias.

27 Oficial de Guardia de la Cruz Roja de Cuatro Reinas de Tibás.

CAPITULO IV

PERCEPCIÓN DEI INMIGRANTE NICARAGÜENSE SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE RECIBE EN COSTA RICA

> *"Sin embargo, el hecho de que un mito se desvaneciera en la niebla de nuestras frustraciones no impedía que todos empezáremos a colaborar en un nuevo borrador de utopía".*
>
> Mario Benedetti, La Borra del Café.

En este capítulo, se procesará la información obtenida en las entrevistas realizadas a los nicaragüenses. Las opiniones vertidas fueron luego procesadas con base en las variables presentadas en el capítulo introductorio. Como se aclaró en ese capítulo, el muestreo no pretende ser representativo de la comunidad nicaragüense, más bien ser exploratorio sobre el tipo de percepción que la misma tiene sobre los servicios de salud recibidos en este país.

Se hicieron un total de 27 visitas a las comunidades, 8 a Ciudad Quesada y 19 a León XIII. Dichas visitas fueron tanto de observación como para efectuar entrevistas, ya fuese a funcionarios relacionados con el sistema de salud de la mismas como a residentes de las zonas. Se habló tanto con nicaragüenses como con costarricenses en diferentes puntos geográficos de las comunidades. En total se entrevistaron 17 nicaragüenses, 9 en ciudad Quesada y 8 en León XIII.

En el caso de Ciudad Quesada las entrevistas se realizaron, en el centro de la ciudad, en un precario en las afueras de la misma y en dos zonas de fincas.

En León XIII se visitó con más frecuencia, por su mayor accesibilidad, se hicieron visitas cortas exploratorias, donde se pudo tener una idea más clara de las condiciones de vida de la comunidad. Para localizar a los nicaragüenses entrevistados fue de gran ayuda el personal de los EBAIS del lugar, pues accedieron a ser acompañados por miembros del equipo de investigación a las viviendas de algunos nicaragüenses. Aquí se entrevistó a personas tanto de la zona de los precarios como del sector urbanizado de la comunidad, aunque la mayoría fueron habitantes de las zonas marginales.

En muy pocas ocasiones se nos rechazó la petición de la entrevista. Tanto en Ciudad Quesada como en León XIII se acogió bien la iniciativa. Esta última comunidad tiene grandes problemas de seguridad, lo que motivó al equipo de investigación a entrar con personas conocidas de la zona, a pesar de esto los entrevistados fueron muy dadivosos con su tiempo e interés.

El elemento más notorio del que el equipo de investigación se percató desde muy temprano en la etapa de trabajo de campo, fue la unanimidad de las opiniones sobre los servicios de salud brindados por el Estado costarricense. El equipo esperaba encontrar opiniones positivas como negativas, y especialmente oír de problemas sobre el tratamiento diferenciado por parte de los servidores públicos a los inmigrantes nicaragüenses, pero

ninguna de las personas entrevistas manifestó haber sentido algún tipo de discriminación o tratamiento inadecuado por su condición de inmigrantes o de indocumentados.

La totalidad de los entrevistados considera que, por un lado los servicios de salud que se les brindan son buenos y acorde a sus expectativas, y por otro que no han percibido nunca una diferencia en el tipo de atención médica dado a un costarricense o a un nicaragüense.

Por ejemplo, Flor Bendaña, quien emigró junto con su compañero para evitar el servicio militar de él durante la época sandinista, opina que "los servicios de salud de Costa Rica son mejores que en Nicaragua"[1]. En estos momentos ella vive sola con sus cinco hijos en el precario Meco Argüello, en una casa amplia de madera con piso de tierra. Sus visitas más comunes al hospital han sido por sus hijos, los que padecen con más frecuencia de parasitosis intestinal, gripes y diarreas. A ella le agrada que la visiten los ATAP del EBAIS, pues son ellos los que llevan la supervisión de las vacunas y de la parasitosis; nunca ha sentido un trato discriminatorio en el hospital o en el EBAIS. Flor Bendaña cuenta que a pesar de que su primer hijo nació siendo ella indocumentada, la cuenta del parto en el hospital se la anularon. El trato para con sus hijos siempre lo ha sentido apropiado y satisfactorio.

Entre los entrevistados existe confianza en la cobertura de los servicios de salud que brinda el Estado costarricense, pues la

---

1 Nicaragüense vecina de Ciudad Quesada, San Carlos.

experiencia les ha mostrado que el mismo vela por sus necesidades básicas en salud, las cuales son pocas, pues su punto de comparación son los servicios brindados en Nicaragua, donde gran parte de la atención médica por el Estado está colapsada. Así la mayoría de las personas se sienten satisfechas con el solo hecho de ser atendidas en casos de emergencias y con la existencia de ciertos programas preventivos, como ejemplo la cobertura de vacunación a los niños.

La situación de indocumentados en la que estuvieron los entrevistados los hizo sentir vulnerables en ese momento, por lo que no usaban los servicios de salud por el temor a la deportación. Por ejemplo Milton Rico, contó que cuando su esposa quedó embarazada no se atrevieron a ir al médico por miedo a una deportación, ya que ella era indocumentada en ese momento, de eso hace más o menos un año. Mucha gente nicaragüense les había dicho que las autoridades de migración aprovechaban cuando las mujeres iban a médico para deportarlas. Pero poco antes de nacer el bebé ella decidió asistir a la clínica, donde la atendieron sin mayor contratiempo, concediéndole además el seguro por el Estado.

Por otro lado, Limardo Garméndez[2], declara que en Costa Rica se atiende incluso al indocumentado, lo cual en alguna medida lo sorprende pues hace la comparación con el sistema de salud de Nicaragua donde para él los servicios son muy malos.

---

2 Nicaragüense, trabajador del Ingenio Quebrada Azul, San Carlos.

Durante el trabajo de campo se encontró que el punto de comparación del que parten los entrevistados para hacer sus juicios son los servicios que se les ofrecían en Nicaragua, y valoran el que hayan podido obtener atención en un país extraño, cuando en el suyo no se les atendía bien.

Por esto Lorena Jarquín, dice "que la salud en Nicaragua es muy mala, no hay medicinas y las pocas que hay son cobradas"[3], en un reclamo a la cobertura de medicamentos que el Estado nicaragüense debería de brindar. También Ninoska López, considera que en su país el pueblo tiene expectativas de encontrar una mejor condición de vida en Costa Rica. Expresa que "en Nicaragua se sabe que en Costa Rica hay una buena situación de la salud"[4].

La recurrencia del reclamo por la mala cobertura en los servicios de salud en Nicaragua se evidenció a lo largo de todas las entrevistas. Así Milton Rico[5], se lamenta no solo de la escasez de medicinas en su país sino también del poco interés que tiene el gobierno nicaragüense en resolver las necesidades de su pueblo. Azucena Guzmán[6], refuerza diciendo que en Nicaragua las medicinas deben de ser compradas, inclusive cuando se asiste al seguro social, "aún el acetaminofén".

El grupo encontró que el nicaragüense sí siente la discriminación de parte de los costarricense, pero el hecho de que las leyes de este país protejan a los inmigrantes, en parte por su compromiso

---

3 Nicaragüense, vecina de León XIII, Tibás.

4 Educadora nicaragüense, vecina de León XII y maestra de la escuela de la comunidad.

5 Nicaragüense, trabajador como guarda de seguridad, vive en León XIII, Tibás.

6 Nicaragüense, vecina del precario de Garabito, León XIII, Tibás.

con los derechos humanos y en parte porque se depende de esta mano de obra, hace que los mismos se sientan protegidos, y por lo tanto traten de justificar las relaciones tensas que en ocasiones viven al convivir con la población costarricense.

Si bien los nicaragüenses entrevistados aseguran que una vez establecidos en Costa Rica y especialmente después de haber adquirido los documentos de residencia permanente, empezaron a hacer uso de los servicios de salud pública, dicen nunca haberlo hecho con mucha frecuencia. A pesar de esta afirmación varios entrevistados coinciden en que hay nicaragüenses que abusan de los servicios de salud y que muchos no cotizan, pero aseguran que no son la mayoría, y apuntan que "por unos pagan todos".

Las razones por las cuales los nicaragüenses entrevistados solicitan con mayor frecuencia los servicios médicos están orientadas a la atención infantil y a los cuidados prenatales y parto. Otro grupo importante son los adultos mayores, según estimaciones del cuerpo médico, aunque en esta investigación no se encontró ningún hogar donde viviesen adultos mayores.

En cuanto a los cuidados prenatales cabe mencionar que en Costa Rica, la mujer nicaragüense tiende a repetir los patrones de fecundidad que se presentan en Nicaragua, en alguna medida por patrón cultural, pero principalmente para conseguir tanto la residencia permanente, como una atención médica asegurada. Recuérdese que en Nicaragua la tasa de fecundidad específica

para el grupo de adolescentes se considera la más alta de Centroamérica.

El alto riesgo reproductivo de las mujeres nicaragüenses se manifiesta en un elevado número de hijos por mujer y en una alta tasa de fecundidad específica en las mujeres menores de 19 años y mayores de 35 años[7].

De doce mujeres nicaragüenses entrevistadas durante esta investigación, siete han visitado algún centro médico costarricense por motivos de parto o de atención prenatal. Victoria Gladys Garache[8], relató que después de varios meses de ser indocumentada en Costa Rica y tener miedo de ir al centro médico por temor a la deportación, se vio en la necesidad de consultar al médico por su estado de gravidez; la atendieron sin ningún problema y con mucha preocupación, tanto por la salud de ella como por la de su hijo. Aquí hay que añadir que, cuando le tramitaron los papeles en el centro médico, le pidieron que fuera a la Delegación de la Guardia de proximidad de su lugar de residencia, y a pesar de ser indocumentada, en dicha delegación le tramitaron el certificado respectivo sin ningún problema.

Con relación a la población infantil las patologías más comunes son parasitosis, diarreas, asma, alergias, fiebres y cuadros gripales, según comentaron las madres entrevistadas. Así, la totalidad de las mujeres entrevistadas son madres, de ellas once manifestaron que acuden a los centros de salud básicamente

---

7 Análisis de Salud. Datos de Salud de Nicaragua. Indicadores de Población. Documento electrónico.

cuando deben vacunar a sus hijos o cuando estos están enfermos. En León XIII, Lorena Jarquín comenta que sus hijos de lo que más padecen es de gripes y diarreas, y considera que "en cuanto a los nicaragüenses, los niños son tratados de la misma manera que los costarricenses. Por ejemplo, un amigo mío trajo a su hijo sin papeles de legalidad migratoria y aún así lo atendieron y lo operaron en el Hospital de Niños"[9].

Los adultos acuden en forma muy irregular a recibir la atención médica. Hacen uso de estos servicios principalmente por heridas, golpes y algunos accidentes de tipo laboral. Según las estadísticas de los EBAIS estudiados, las patologías más comunes que sufren los inmigrantes, son las enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial y las enfermedades en las vías respiratorias, las diarreas, las escabiosis (más conocida como sarna) y otras menos frecuentes como la tuberculosis y la polio.

Más específicamente sobre la percepción de los entrevistados sobre los beneficios obtenidos gracias a los servicios de salud pública, del que más se han visto favorecidos es del seguro por el Estado, esto es la exoneración de pago por la prestación de los servicios médicos proporcionados a través de la CCSS. En la mayoría de los casos son las mujeres embarazadas las que han sido favorecidas por el mismo. Al respecto Danelia Pérez[10], recuerda que su nuera recibió en dos ocasiones el seguro por el Estado cuando tuvo sus hijos; a pesar de que cuando tuvo el

---

8 Nicaragüense, vecina de León XIII, Tibás.

9 Nicaragüense, vecina de León XIII, Tibás.

10 Nicaragüense, vecina de San Carlos.

primero quedó debiendo una factura por costos del parto, con el segundo hijo no se consideró la cuenta anterior y estuvo internada sin costo alguno.

Las mujeres mencionaron como otro beneficio las campañas de vacunación anuales, que son implementadas por los ATAP de los centros médicos, como parte de la política del Ministerio de Salud de control epidemiológico. El aspecto que más les agrada son las visitas que los ATAP de los EBAIS realizan a las comunidades, especialmente el seguimiento casa por casa que se hace. Se mencionó además lo oportunas que resultan dichas visitas cuando se realizan en los centros educativos. Así, en el precario Meco Argüello, en una entrevista realizada a un conjunto de madres nicaragüenses, ellas se sienten aliviadas por el control llevado a sus hijos y no tener que estar yendo a controles al centro médico.

Las campañas de educación en salud también son mencionadas como beneficio obtenido en Costa Rica. De nuevo estas están dirigidas por los ATAP de las comunidades, y en todos los casos, los entrevistados manifestaron que han recibido consejos de estos funcionarios sobre diferentes aspectos para mantener la buena salud en la casa. Se habla de cloración del agua, de eliminación de criaderos del dengue, o de métodos para evitar que los niños tengan problemas en la piel, entre otras temas. Una de las mujeres entrevistas en León XIII, Gladys Garache López[11], aprecia mucho estas campañas, pues en Nicaragua ella fue brigadista de salud en la época sandinista. Comenta que en

11 Nicaragüense, vecina de León XIII, Tibás.

esa época "había mucho voluntariado en las comunidades como asistentes de salud", y se lamenta de la pérdida de esos programas una vez que salieron los sandinistas del poder.

Otro elemento apuntado por la mayoría de los entrevistados es que reciben las citas oportunas según la necesidad del paciente en los EBAIS. Esta parte también corresponde a las funciones cumplidas por los ATAP, quienes en sus visitas a los hogares definen citas según los padecimientos o controles que los habitantes deben recibir y los remiten a los centros médicos correspondientes. Además, los entrevistados apuntan que en los EBAIS han recibido atención rápida cuando van a alguna cita o en el caso de emergencias.

El acceso a medicamentos es uno de los beneficios más mencionado por los entrevistados. Recuérdese que como se expuso en capítulos anteriores, en Nicaragua con frecuencia el seguro social no provee las medicinas de forma gratuita. El Dr. Hugo Gutiérrez[12], ejemplifica que tiene una paciente que visita su consultorio para llevar control sobre hipertensión arterial, ella vive en Nicaragua, pero viene a sus citas cada tres meses de manera que se siente muy bien realizando estas giras y regresa satisfecha a su país con las medicinas que la CCSS le brinda. La misma situación se le presenta a la Dra. Carmen Lara[13], que atiende periódicamente a una niña nicaragüense que padece desde su nacimiento de hidrocefalia. Su madre vio como solución venir a Costa Rica para que le dieran la atención adecuada a la menor, ya que en Nicaragua fue desahuciada. Las

12 Médico General del EBAIS de Ciudad Quesada, San Carlos.

dos residen en Nicaragua y visitan Costa Rica solamente para someterse a cirugía en el Hospital de Niños o para las consultas periódicas, sin que se le cobre por el servicio.

Todo lo anterior corresponde a los servicios brindados en el I nivel de atención. En el caso del segundo nivel, se encontraron varias valoraciones negativas. En términos generales referidas a lo espaciadas que son las citas con especialistas en clínicas y hospitales, así como a los procesos dificultosos para lograr tener tratamientos permanentes con especialistas.

Evelyn Torres es una joven nicaragüense que vive con dos hijas pequeñas en Garabito en León XIII, la menor de ellas padece que parálisis cerebral parcial, y si bien la refirieron para tratamiento en rehabilitación casi nunca va, pues tiene dificultades para que le den citas y encuentra que "filas son muy largas". De hecho lo que hizo Evelyn fue aprender técnicas y ejercicios para ayudar a su hija a manejar sus músculos, y los implementa ella sola en la casa. También doña Azucena Cartín comenta que en una ocasión llevó a su hijo por una alergia a la Clínica Clorito Picado, pero fue devuelta al EBAIS de León XIII pues según el personal médico, el caso no ameritaba ser atendido en este centro médico.

Sobre este tipo de problemas los costarricenses son los que más dieron opiniones negativas, pues los nicaragüenses usan menos estos servicios especializados. Los reclamos son similares para los dos grupos, se repiten opiniones negativas alrededor de las

---

13 Médico General de la Clínica Clorito Picado, Tibás.

largas esperas por citas, las filas y el deambular por diferentes doctores y centros médicos. Y, si bien la CCSS tiene grandes problemas al respecto, no es un problema exclusivo de la población nicaragüense o extranjera en el país.

En cuanto al tercer nivel de atención solamente dos de los entrevistados han requerido algún tipo de operación o de tratamiento especializado, por lo que la mayoría de las personas no tienen una opinión que se base en alguna experiencia personal. Las opiniones son en general positivas, no porque hayan utilizado los servicios de salud en este nivel, sino porque han oído buenos comentarios de quienes lo han utilizado. Uno de los casos es el de Estebana Lara[14], quien ha recibido tratamientos para controlar la diabetes, y manifiesta que no ha tenido contratiempos mayores.

El otro caso es el de Yadira Altamirano[15], quien padece de piedras en el hígado. En el mes de setiembre tenía programada la operación y cuando llegó al Hospital de San Carlos la devolvieron pues le dijeron que ya no existe el seguro por el Estado para esa intervención. Así que se devolvió a la casa y considera que "no hay nada que hacer".

En resumen se encontró que es el trato equitativo para asegurados y no asegurados lo que crea una opinión tan positiva dentro de los inmigrantes nicaragüense con respecto a los servicios de salud recibidos. Y se considera que el tipo de trabajo realizado por el personal de los EBAIS involucrados

---

14 Nicaragüense, vecina de León XIII, Tibás.

cumple un papel esencial en este sentimiento, pues aquí es donde el trato es más personalizado.

Un aspecto importante de destacar es que las opiniones positivas sobre la calidad de vida en Costa Rica, no se limitan a los servicios de salud pública, sino que son generalizadas al conjunto de servicios públicos brindados por el Estado. Aunque en muchas ocasiones los nicaragüenses viven en Costa Rica en condiciones de alta vulnerabilidad, calificadas por la mayoría de los costarricenses como desfavorables, ellos prefieren vivir en suelo tico bajo estas condiciones, que en Nicaragua donde la sobrevivencia diaria está muy comprometida.

Limardo Garméndez dijo: "me vine de Nicaragua a buscar trabajo, allá no se podía vivir, no quiero regresar"[16]. El señor Garméndez trabaja para el Ingenio Quebrada Azul en San Carlos y dice sentirse muy bien ya que la empresa le ha dado vivienda, sus hijos asisten a la escuela a 50 m. de distancia y tiene servicios médicos en el lugar de trabajo donde es atendido una vez al mes. Sus hijos también tienen el derecho de ser atendidos por el médico de la empresa, en caso de requerirlo. Todas estas circunstancias hacen que él desee quedarse en Costa Rica y volver a Nicaragua solo por visitar a su familia.

Las mujeres entrevistadas opinaron que añoran su tierra natal, pero se sienten menos protegidas en Nicaragua y prefieren quedarse en Costa Rica para obtener una mejor atención de salud y educación para sus hijos. Por ejemplo Azucena

---

15 Nicaragüense, vecina del precario Meco Argüello, Ciudad Quesada.

Guzmán[17], no quiere volver a Nicaragua, porque "se siente mejor al estar en Costa Rica", dice que tiene la oportunidad de ser bien atendida cuando lo ha necesitado, tanto en el Hospital de San Carlos, como cuando es visitada por los ATAP del EBAIS"; tiene su casa y ha logrado formar una familia.

Evelyn Torres, una mujer joven que se trasladó sola hacia Costa Rica para encontrar trabajo, dice: "tengo varios años de residir en Costa Rica y al igual que el resto de mi familia, nos gusta Nicaragua, sin embargo no regresaría por la mala situación que se vive allá, las condiciones de vida son bastante deficientes y aunque creo que la vida que llevo en Costa Rica no es la mejor, de ninguna manera pienso volver a Nicaragua"[18].

Los inmigrantes entrevistados frecuentemente mencionan que "deben de estar agradecidos" por la oportunidad de recibir atención de manera gratuita o a bajo costo, en un país en el que son extranjeros, por lo que no deben de cuestionar el tipo de atención que se les brinda.

Victoria Gladys Garache, al preguntársele si ella está obligada a presentar más requisitos que una costarricense para ser atendida en el EBAIS o la Clínica dice que realmente no sabe, pero que si así fuera "está correcto que las autoridades pidan papeles, pues este no es mi país"[19].

---

16 Nicaragüense, trabajador del Ingenio Quebrada Azul, San Carlos.

17 Nicaragüense, vecina del Precario Garabito, León XIII, Tibás.

18 Residente del precario Garabito, en León XIII, Tibás.

19 Nicaragüense, vecina de León XIII, Tibás.

El equipo considera que estas percepciones tan positivas de los inmigrantes con respecto a su situación de vida en Costa Rica, están determinadas por dos factores fundamentales: la situación económica en la que vivían en Nicaragua y la comparación que se hace una vez se instalan en Costa Rica, donde las expectativas de mejorar las condiciones de vida son mayores, en gran medida creadas por el tipo de sistema de servicios públicos costarricense que logran reducir, en alguna medida, los efectos de la miseria.

La situación en que vivían en Nicaragua y las razones por las cuales migraron, son los puntos de referencia sobre los cuales, los nicaragüenses evalúan su condición de vida en Costa Rica. Es precisamente hacia este país que la mayor parte de nicaragüenses desean migrar en busca de nuevas esperanzas para sus familias.

Cuadro sobre la evolución de los nicaragüenses censados en el exterior, 1970 / 2000

Países	Años 70	Años 80	Años 90	2000
Costa Rica	23,331	45,918	310,000	350,000
Canadá	ND	270	8,545	
E.E.U.U	16,125	44,166	168,659	178,000
Total en América	49,126	107,153	503,366	628,000
Población de Nicaragua (mediados de los 90- en miles)	2,498	3,404	4,426	5,074
Por ciento en exterior	1.96	3.14	11.4	12.4

Fuentes: CELADE, 2000. Para Costa Rica para años noventa se basa en la estimación del Programa Centroamericano de Población para 1998. Para el 2000. Morales, 2001.[20]

---

20 Para el 2000 las cifras de Estados Unidos se basan en resultados preliminares del Censo de Población del año 2000. Se estiman 100,000 personas fuera de lo estimado en Costa Rica y los Estados Unidos , basado en proyecciones hechas a partir de la Endesa 1998.

El cuadro anterior muestra esta preferencia hacia Costa Rica que por sobre otros países tienen los nicaragüenses que desean migrar.

Además el discurso positivo con respecto a Costa Rica, sin que deje de provocar controversias, se extiende a diversos sectores al interior mismo de Nicaragua. Un ejemplo de ello es la publicación en el Periódico La Prensa de Nicaragua donde se expresa lo siguiente: "La posibilidad de mejorar la calidad de vida, consiguiendo mejores condiciones de trabajo, seguridad y salud han hecho a Costa Rica el destino más atrayente para miles de emigrantes nicaragüenses"[21].

Se ha de recordar que las personas que deciden migrar desde Nicaragua lo hacen porque tienen problemas de pobreza y marginalidad, que les impide quedarse allí. Así según la ESRM99, la mayoría de los inmigrantes nicaragüenses vienen de zonas con grandes problemas económicos. Una gran parte procede de urbes relativamente populosas, especialmente de Managua, Chinandega y León; el segundo grupo más importante lo hace desde zonas rurales fronterizas con Costa Rica, como son la Región Autónoma Atlántico Sur, Rivas y Río San Juan.

Una gran parte de las personas migran en primera instancia para incorporarse a las labores agrícolas en territorio costarricense. Pero la concentración de las fuentes de empleo en las zonas urbanas ha provocado que exista una tendencia a desplazarse y establecerse en las ciudades, aumentando el porcentaje de

21 Bravo, Eli Josué; Nicas presionan red de salud tica. Diario La prensa, domingo 15 de diciembre del 2002.

personas empleadas en el área de servicios y en la construcción, según evidencia el último censo de población 2000.

A la hora de describir su situación de vida en Nicaragua, los entrevistados repiten las historias de pobreza, donde siempre afloran la precariedad en los servicios de salud que recibían. Percepción que coincide con las estadísticas de salud de este país, donde los niveles de cobertura son bajos, como se muestra en el estudio inmigrantes Nicaragüenses en Costa Rica en el 2000, de la Universidad de Costa Rica[22]. La accesibilidad a los servicios de salud es aceptable en las áreas urbanas sin que esto signifique que sea óptima, pero en el área rural la cobertura en salud es mínima[23].

Sobre este último aspecto, Limardo Garméndez manifiesta: "que los servicios públicos de salud en Nicaragua (hospitales y clínicas) son deficientes, sin embargo el servicio privado es muy bueno, pero no es accesible a toda la población debido al alto costo"[24].

Por otro lado la falta de materiales y de recursos ha provocado que una parte importante de los servicios de salud nicaragüenses deban de ser pagados por los usuarios, aún en el sector público. Aquí se da el caso de pacientes que una vez atendidos deben comprar las medicinas necesarias para curar su padecimiento, ya que estas son poco accesibles por su alto costo o no están

---

22 UCR, inmigrantes nicaragüenses en Costa Rica 2000. Documento electrónico Volumen, características y salud reproductiva

23 Ídem.

24 Nicaragüense, trabajador del Ingenio Quebrada Azul, San Carlos.

disponibles. La señora Flor Bendaña[25] asegura que debido a la escasez de las medicinas, muchos inmigrantes las obtienen de los servicios públicos costarricenses y las envían hasta Nicaragua a sus familias, para uso propio o para la venta.

Milton Rico contó que "en la época sandinista, la situación de salud era mejor, pues en realidad había servicio gratuito y los médicos eran buenos. Hubo médicos cubanos y no faltaban las medicinas. Cuando tomó posesión el gobierno de Violeta Barrios de Chamorro la situación en vez de mejorar, que era la esperanza del pueblo nicaragüense, empeoró"[26].

En este sentido el Dr. Danilo Marenco, opina que la decisión de sus compatriotas de no volver a su país es en parte responsabilidad del gobierno de Nicaragua, pues considera que el mismo, "ha dejado de interesarse por cubrir a su población", además considera que el sistema de salud en su país es un sistema colapsado, el cual ha pretendido que "sea el gobierno costarricense el que atienda las necesidades de la población nicaragüense"[27].

Otra característica es que de estos inmigrantes dependen muchas personas en Nicaragua. Si bien el uso del dinero de las remesas se ha centrado en el consumo básico, este representa un porcentaje importante del Producto Interno Bruto del vecino país. Esta circunstancia contribuye a mantener los vínculos de la población inmigrante con sus orígenes. Pero también

---

25 Nicaragüense vecina de Ciudad Quesada, San Carlos.

26 Nicaragüense,, vecino de León XIII, Tibás.

27 Médico nicaragüense que ejerce en el centro de salud de León XIII.

manifiestan un factor adverso al interior de Nicaragua, como es la desintegración de las familias y la erosión del capital cultural. Sin duda estos dos aspectos, uno vinculante y el otro desintegrador, genera actitudes contradictorias en la población que se ha desplazado hacia Costa Rica.

Otro factor que determina la visión que la población inmigrante nicaragüense tiene sobre los servicios de salud que el Estado costarricense le brinda, lo determina las condiciones en las que se desenvuelven en Costa Rica.

Estos inmigrantes se establecen donde creen encontrar la posibilidad de satisfacer sus necesidades, estando dispuestos a realizar labores consideradas difíciles o poco remuneradas por los costarricenses. Al respecto, Milton Rico, manifiesta que "el nicaragüense está más dispuesto a hacer todo tipo de trabajo, que el tico"[28]. Esto trae como consecuencia que en muchas ocasiones los lugares en que se establecen sean temporales y dependen de la demanda y la oferta laboral, lo que aumenta su vulnerabilidad.

Es importante anotar que el hecho de que esta población realice cualquier tipo de trabajo, posibilita que la tasa de desempleo entre ellos sea relativamente baja. Según Ricardo Rodríguez, "el inmigrante rota mucho, hoy está aquí, mañana está allá, su estabilidad no es permanente, responde al trabajo que puede realizar según la época de los diferentes cultivos..."[29].

---

28 Nicaragüense, vecino de León XIII, Tibás.

Esta circunstancia de rotación en lugares de trabajo y de vivienda, trae como consecuencia una población con dificultades para acceder debidamente a servicios tales como los de salud y educación, haciendo también muy difícil su seguimiento de parte de las autoridades de dichos servicios, provocando una mayor vulnerabilidad ante su situación de pobreza. Así vemos que tanto en León XIII, como en Ciudad Quesada muchos nicaragüenses se han establecido en zonas marginales que ya habían sido creadas por pobladores costarricenses sin vivienda.

La condición de carencia, tanto de bienes como de servicios, unida a la vulnerabilidad laboral y migratoria, hace que dicha población se ocupe poco de su situación de salud. Esto implica que las exigencias hacia los servicios brindados son pocas y el uso fundamental sea de los servicios básicos o de emergencias.

Otra característica que está determinando la dinámica de las familias inmigrantes es la existencia de componentes de ambas nacionalidades, es decir nicaragüenses y costarricenses. En la mayoría de los casos se debe a que por lo menos algunos de los hijos del hogar es costarricense. En otros casos a que uno de los dos miembros de la pareja es costarricense. En el caso de las entrevistas realizadas solamente se encontró una joven costarricense (Marianela Calero) del precario de Meco Argüello, cuyo compañero es nicaragüense. De los 18 nicaragüenses entrevistados, 13 viven en pareja; de los cuales 5 conviven con compañero (a) de nacionalidad costarricense.

---

29 Coordinador de la Pastoral Social de Ciudad Quesada, San Carlos.

Además de la perspectiva de los nicaragüenses, el grupo de trabajo consideró importante presentar la perspectiva que tiene el costarricense, tanto de la población inmigrante nicaragüense como de la relación de los mismos con respecto al uso de los servicios de salud. Lo anterior con el objetivo de tener un punto de referencia respecto a la opinión de los inmigrantes establecidos en Costa Rica.

Lo que piensan los costarricenses entrevistados de los nicaragüenses residentes legal o ilegalmente en Costa Rica, está influenciado por la forma en que se ha estructurado el discurso oficial, que intenta vender la idea de comparativa superioridad costarricense frente a la de inferioridad de los nicaragüenses. Este se estructura sin ningún análisis de la situación real de ambas sociedades. En él se contrapone la situación desgastante que ha vivido Nicaragua a lo largo de los años, con el supuesto bienestar y equilibrio económico que se vive en Costa Rica, como si fueran producto de la capacidad que tiene o no cada pueblo de tomar decisiones convenientes.

Por esa razón al preguntarle a costarricenses, ¿quiénes son para ellos los nicaragüenses?, de los 19 costarricenses entrevistados, la mayoría opina que los nicaragüenses son personas que traen más problemas que beneficios. Así, Silvia Sáenz, secretaria en una instancia gubernamental y vecina de Tibás, comenta que "es una gran población la que vive en nuestro país, muy trabajadora, pero sin embargo es muy explotada en nuestro país, siempre se les paga de menos. Sin embargo hay que ponerse a pensar que en muchas ocasiones ellos son los

responsables de los delitos que se dan en nuestro país, y eso compensa lo que ellos sufren, ellos están siendo partícipes de procesos delictivos."

El equipo de investigación, al interrogar a los costarricenses encontró que más allá de la actitud xenófoba que se puede haber despertado, existe temor por conocer un poco más de cerca cuáles son las necesidades reales que enfrentan estos inmigrantes en Costa Rica. Como expresó Silvia Contreras, al decir que "en realidad no conozco mucho a los nicas, pero mejor así... en realidad me han dicho que son muy violentos, que han venido a nuestro país a hacer mucho daño, y eso no es bueno, para eso mejor se regresan a su país y nos dejan a nosotros en paz"[30].

Es evidente, que los costarricenses son conscientes de algunas razones que obligaron a los nicaragüenses a salir de su país y de varias situaciones que enfrentan en Costa Rica. De las opiniones obtenidas se pueden destacar las siguientes preocupaciones:

*La inestabilidad económica en la que vive la mayoría de la población nicaragüense residente en el país, lo cual se cree ocasiona, que tanto dentro como fuera del gran Área Metropolitana, vivan en condiciones de hacinamiento y de pobreza. Esto lleva a que se les vea como personas vulnerables ante enfermedades, que se considere su modo de vida inestable y su educación incompleta.

---

30 Costarricense, vecina de León XIII, Tibás.

*La explotación laboral de la cual son objeto no sólo en las áreas rurales sino que también en las urbanas. En este sentido existe una dualidad. Por un lado el nicaragüense se ve como amenaza a las condiciones laborales del costarricense, al trabajar con menos beneficios que el mismo y por otro lado se considera que el nicaragüense es el que asume los roles que los trabajadores costarricenses ya no están dispuestos a realizar.

*La "mala" influencia que tiene sobre la conducta de los nicaragüenses, las continuas guerras en su país y que los entrevistados consideran que se reproduce en Costa Rica.

*La mentalidad de conformismo que los costarricenses interpretan en los inmigrantes nicaragüenses, que no los hace capaces de luchar por algo más, sino en conformarse con lo poco que tienen, aún cuando sea lo mínimo.

Eduardo Flores, expresa: "los nicaragüenses son personas maravillosas, pero con una historia militar que arrastran y que los marca. Desgraciadamente, por el tipo de injusticia que han sufrido en su país, y la falta de estima y de apoyo con la que se les han recibido en algunos lugares (ya que no se puede generalizar), hace que ellos sean violentos, que se cansen de pedir las cosas por las buenas, de contar hasta diez, de agachar la cabeza, de poner la otra mejilla, y prefieren pedir las cosas a golpe porque han descubierto que por lo menos por temor se les atienden y obtienen lo que necesitan: sobrevivir, ellos y sus familias"[31].

---

31 Costarricense, funcionario de la CCSS.

La perspectiva que tienen los costarricenses con respecto al uso que los nicaragüenses hacen de los servicios de salud, gira alrededor de los servicios que supuestamente dejan de percibir los mismos cuando la CCSS atiende a estos extranjeros, así como la utilización indiscriminada de los medicamentos obtenidos. Es generalizada la idea de que el nicaragüense en lugar de usar las medicinas para los tratamientos personales, comercia con ellas, sea en Costa Rica (como en el Parque La Merced), o bien en Nicaragua. A este respecto Roberto Ruiz, sostiene que "para nadie es un secreto que ellos (los inmigrantes nicaragüenses) usan los servicios de salud para enviar medicinas a su país, así no es justo, porque lo lógico es que ellos, utilicen sus medicamentos, los de su país y nos dejen a nosotros lo que nos corresponde"[32].

Existe malestar respecto a la atención de los inmigrantes nicaragüenses no asegurados. En este sentido los entrevistados opinan que al no ser cotizantes, empeoran la calidad de la prestación de los servicios de la CCSS, pues los recursos deben de ser repartidos entre un mayor número de pacientes. De nuevo, Silvia Sáenz dice: "creo que la Caja Costarricense, o la autoridad que compete debería de obligarlos a aportar un poco de dinero, para cuando hacen uso de los servicios de salud, que por cierto es con bastante frecuencia, a nosotros nos rebajan un montón y eso que no somos clientes frecuentes"[33].

Al preguntársele a los costarricenses sobre los servicios que brinda la CCSS, señalaron que los servicios que el Estado

---

32 Costarricense, programador en oficinas de una empresa privada y vecino de Pavas.

costarricense brinda son muy buenos, si se comparan con los que se brindan en otros países de Centroamérica y aún más en el resto de Latinoamérica, pero que ellos prefieren pagar los servicios de salud privados.

Como se dijo anteriormente, prevalece un descontento respecto al trato que se recibe por el personal de los centros médicos públicos. Se hace el reclamo de recibir malos tratos, tener que hacer largas filas para ser atendidos, o bien la falta de medicamentos. También sienten que en los últimos años se evidencia un desfase entre los servicios prestados y las necesidades reales de la población.

Varios de los entrevistados mencionaron problemas como la formación inadecuada del personal médico, la excesiva burocracia a todo nivel, el miedo a que la tendencia a la privatización de los servicios médicos se traduzca en una menor cobertura de la población y el inadecuado uso de las finanzas y los problemas administrativos de la CCSS y del Estado costarricense.

También se consideró necesario conocer la visión de funcionarios de la CCSS en torno a los servicios médicos que se brindan, tanto en Nicaragua como en Costa Rica para el caso de los inmigrantes.

Todos los entrevistados tienen la impresión, fundada por la experiencia o no, de que en Nicaragua los servicios de salud

---

33 Costarricense, vecina de Tibás.

están colapsados, además de que se hace constantemente la comparación con los servicios de salud costarricenses.

Sobre este aspecto la Dra. Adriana Benavides[34], comenta: "Cuando estuve en Nicaragua, porque se nos encomendó la labor mientras trabajaba en el Hospital de Niños, de ir a visitar este país y prestar nuestros servicios, nos encontramos con un panorama bastante desgastado de la salud." Y continúa señalando que las personas prácticamente no tienen acceso a servicios de calidad "como los que se brindan en Costa Rica."

Con relación a este aspecto, los funcionarios de la CCSS, Eduardo Flores y Eduardo Blanco[35], coinciden en señalar que ellos no conocen particularmente cuál es la situación o el panorama que tiene Nicaragua actualmente en el campo de la salud. Pero no pueden obviar el hecho de que, tanto por las referencias de los inmigrantes, como por lo que "a simple vista se ve", la situación de salud es desfavorable para la mayoría de nicaragüenses, es decir no satisface sus necesidades básicas, lo que los obliga entre otras cosas, a buscar soluciones en Costa Rica. Flores ve que la consecuencia de que Costa Rica tenga un índice de salud favorable por encima del resto de países centroamericanos, hace que "sea necesariamente atractivo no sólo para los ciudadanos centroamericanos que año con año migran a nuestro país, sino que de muchos latinoamericanos que han llegado, en busca de solucionar su situación."

---

34 Médico pediatra en el Hospital Universitario de la UNIBE.

35 Funcionarios de la CCSS.

Otro tema que aflora en los funcionarios de la CCSS, es la idea de que es un deber humano para la institución el atender a los extranjeros, debido a que Costa Rica acoge los principios de universalización impulsados en las diferentes leyes y convenios internacionales y los regula a través de la legislación nacional, para cubrir y dar protección a este tipo de población.

Los funcionarios entrevistados coinciden que en la mayoría de los casos, los inmigrantes arrastran problemas muy concretos desde Nicaragua, lo que consideran ha afectado los índices de salud de los costarricenses. Además apuntan que los inmigrantes traen lo que ellos llaman malos hábitos higiénicos que afectan su entorno familiar y el de las personas que los rodean. Con esto se refieren a los costarricenses que conviven con ellos en las diferentes comunidades del país, quienes se ven indirectamente afectados, lo que provoca la necesidad de redoblar los recursos invertidos en prevención y contención de enfermedades.

Los doctores Carmen Lara y Alberto Benavides[36], argumentan que la mayoría de nicaragüenses que vienen a territorio costarricense emplean métodos inadecuados para curarse. Ellos señalan la práctica de métodos "mágicos o religiosos". Esto incluye la automedicación, las prácticas curativas irregulares, y la visita a lo que los médicos llaman "médicos-brujos". Los funcionarios consideran que estas prácticas son nocivas y que pueden provocar la proliferación de males. Aquí se nota una

36 Médicos de la CCSS.

percepción negativa y sancionadora hacia las creencias, tradiciones y costumbres de este pueblo.

No se encontró ninguna persona que considerara que los nicaragüenses no deben de ser atendidos, pero la idea generalizada es que consultan por cualquier razón o en varios lugares al mismo tiempo, lo que provoca un gran desgaste en los recursos de la CCSS, según los entrevistados.

Los costarricenses entrevistados que hablan de estas prácticas sienten que son agravadas por el hecho de que "la mayoría" de los nicaragüenses no cotizan para la CCSS. Esto a pesar de que las cifras desmienten estas afirmaciones.

Al respecto Eduardo Flores[37] fue enfático en aclarar que "lo que genera deuda en Costa Rica, específicamente a la CCSS, no es el hecho de atender a nicaragüenses". Él considera que a pesar de que hay trabajadores que no cotizan, lo más grave es que esto sucede porque sus patronos no desean hacerlo. A pesar de esto, muchos inmigrantes toman el seguro voluntario. Su conclusión es que si bien muchas de estas personas son cubiertas por el seguro del Estado debido a su situación de precariedad, lo que realmente genera deuda económica a la CCSS es la poca cotización de la generalidad de la población del país.

"En Costa Rica actualmente solo un 50 por ciento de la población cotiza los servicios médicos, lo que ocasiona que no haya una cobertura total de la población sino que alcance únicamente al

---

37 Funcionario de la CCSS.

80 por ciento." El doctor agrega que a esto se debe sumar la falta de apoyo y la deuda del Estado para con la CCSS en el suministro de los recursos necesarios para atender las necesidades de la población.

En resumen hay una tendencia marcada a considerar a los nicaragüenses como "pobrecitos" o personas sufridas, pero a la vez verlos como una amenaza a los hábitos y costumbres que se asumen como costarricenses. En este sentido se encontró una marcada tendencia a estereotipar a estas personas, tendencia que es reproducida por los mismos nicaragüenses. En este sentido el discurso popular es más negativo que la segregación o discriminación que se manifiesta en la dinámica social.

Tal es el caso de Lorena Jarquín, quien manifiesta que "el problema de los ticos con los nicaragüenses es la discriminación y el desprecio que cierta gente hace hacia los nicas, pero uno entiende, porque hay nicaragüenses que actúan mal y por unos pagan todos"[38].

Al mismo tiempo que los entrevistados ven con agradecimiento y satisfacción los servicios de salud que se les brindan, también opinan que la población inmigrante nicaragüense en Costa Rica, trae malos hábitos higiénicos por costumbre arrastradas desde Nicaragua. Así tenemos que doña Ninoska López, que vive a 25 metros de la entrada a uno de los precarios de León XIII, dice que "los nicaragüenses traen malos hábitos de higiene por lo que

38 Nicaragüense, vecina de León XIII, Tibás.

engrosar los cinturones de miseria en Costa Rica; los alumnos nicaragüenses de la escuela, muchas veces presentan rechazo hacia la misma por "haber perdido valores y estar desmotivados".

El Dr. Danilo Marenco[40], considera que para mejorar las condiciones de salud de los extranjeros en Costa Rica, y en este caso de sus compatriotas nicaragüenses, el Estado debería de promover programas de salud, centros médicos y personal especializado que atienda las necesidades específicas de cada una de las poblaciones, pues cada grupo arrastra consigo situaciones particulares.

Idealmente lo anterior favorecería la promoción social de los inmigrantes, ayudando a crear verdaderos vínculos con la sociedad costarricense y así evitar la visión que actualmente muchos inmigrantes tienen, que es la de aprovechar lo que se da, pero sin aportar ningún esfuerzo al desarrollo de su comunidad.

---

40 Médico en centro de salud de León XIII, Tibás.

CONCLUSIONES

"La pregunta todavía no contestada en América Latina tiene que ver con la visión moderna del futuro, no solamente en cómo los inmensos sectores desiguales de la sociedad latinoamericana pueden modernizarse en el mismo siglo –o en estos tiempos de cambio tecnológico gigantesco en la misma década- pero; cómo estos se pueden modernizar conservando un nivel ético y de consenso sobre qué es lo que las sociedades modernas le deben a sus ciudadanos y que es lo que estos ciudadanos le deben a sus conciudadanos".

Alma Guillermo Prieto, El Corazón que sangra.

El fenómeno migratorio, con toda su complejidad, se presenta como un reto para toda sociedad que debe de enfrentarse con él, tanto aquella que es despojada de parte de su población como la que recibe a esta última.

El caso costarricense ha sido tradicionalmente de receptor de migrantes, en gran medida debido a la situación de relativa estabilidad política y por lo tanto económica, que ha tenido a lo largo de la historia.

Dentro de este contexto, los nicaragüenses se han trasladado a Costa Rica de forma constante desde hace muchas décadas, lo que genera continuos cambios en la sociedad, enfrentando a los diferentes gobiernos a dar respuesta a los retos planteados por el establecimiento de esta población migrante.

Hasta principios del siglo XXI, una de las respuestas del gobierno costarricense a estos retos ha sido el brindar de forma gratuita los servicios de salud básica a la población inmigrante, sin importar su condición legal; debido a que para el Estado, es preferible enfrentar los costos que genera la prestación de estos servicios, a no tener control epidemiológico sobre este grupo social cada vez más numeroso, y en muchos casos con un perfil médico deficiente. Esta política de corte asistencialista, ha permitido que los inmigrantes mejoren sus condiciones de salud.

Esto ha provocado que el nicaragüense asentado en Costa Rica, vea de forma positiva los servicios de salud que les brinda el Estado costarricense, a través de las instituciones del sistema de salud pública. Esta apreciación positiva no muestra ninguna diferencia entre las personas de los dos tipos de comunidades estudiadas. Así vemos que las declaraciones favorables se repiten tanto en la comunidad rural, es decir Quesada; como en la urbana, esto es León XIII.

Se deduce que esta percepción positiva expresada por el inmigrante nicaragüense hacia los servicios de salud que recibe, está basada fundamentalmente en la comparación que hacen entre, los servicios recibidos en su condición de inmigrantes en Costa Rica y aquellos que recibieron en Nicaragua.

Así se puede apreciar, que a pesar del sentimiento de cariño y añoranza que los inmigrantes nicaragüenses tienen para con su país, consideran su calidad de vida mejorada en muchos aspectos cuando decidieron migrar y establecerse en Costa Rica.

Continuamente se hace referencia a las circunstancias negativas que los motivaron a salir de su país, dentro de las que se encuentra las dificultades para obtener los servicios de salud básicos requeridos para tener una buena calidad de vida. Así las personas entrevistadas se refieren a la baja cobertura de los servicios de salud y a las dificultades de acceso a los medicamentos básicos en Nicaragua.

Además existe entre ellos, la idea de un futuro sin alternativas, en la que juega un papel importante la desconfianza en las instituciones estatales y en la actitud de la clase política nicaragüense. Para los nicaragüenses asentados en Costa Rica el gobierno de Nicaragua más que carente de recursos, ha olvidado sus obligaciones para con el pueblo.

En contraste, sienten que en Costa Rica, a pesar de no ser ciudadanos, el Estado es capaz de velar por su bienestar. Por esto hablan de una gran cantidad de enfermedades que son frecuentes en Nicaragua, pero que son prevenidas por las autoridades costarricenses con adecuadas campañas educativas y de salud preventiva. El conocimiento de esta situación ha sido para muchos nicaragüenses, uno de los motivos para decidir escoger Costa Rica como destino de migración.

Una vez asentados en Costa Rica, muchos de los problemas de salud que sufre esta población son enfrentados gracias a los programas que en esta materia el Estado costarricense implementa, especialmente en el primer nivel de salud. Lo anterior ha generado una pronta nivelación de la situación de salud de los inmigrantes con la de los costarricenses.

Los problemas de salud que la población inmigrantes mantiene, están relacionados con la vulnerabilidad laboral y migratoria que enfrentan. Donde un alto número además de recibir salarios inadecuados, no se encuentra asegurado o bien debe de trasladarse continuamente en busca de empleo, provocando que solo asistan a los centros de salud en caso de emergencias, sin darle seguimiento a los tratamientos médicos.

Lo interesante es que, no obstante el discurso discriminatorio que manifiesta la generalidad de los costarricenses hacia los nicaragüenses, enfatizado también por diferentes medios de comunicación, el inmigrante mantiene una opinión positiva con respecto a la sociedad costarricense. Se considera que esto es en parte gracias a la política del Estado costarricense, de no discriminación en lo que a prestación de servicios se refiere, con gran énfasis en los servicios de salud pública.

Muchos costarricenses responsabilizan al nicaragüense de los males actuales de la sociedad. Trece de los diecisiete nacionales entrevistados, residentes en las dos comunidades estudiadas, opinan que los nicaragüenses son más sucios y más violentos que sus vecinos costarricenses; además de que creen que dichos inmigrantes utilizan en forma inadecuada y abusiva los servicios médicos brindados en este país.

El alcance de esta investigación no permite comprobar si este sentimiento tiene base real, pero en las instituciones que se visitaron no se encontraron datos que permitieran corroborar o dar dimensión del supuesto abuso. Por el contrario, los inmigrantes entrevistados dijeron utilizar periódicamente solo los servicios brindados en los EBAIS y muy raramente los de emergencias.

En cuanto a la idea expresada por algunos de los costarricenses entrevistados sobre la existencia de malos hábitos de higiene dentro de la comunidad nicaragüense, el grupo de investigación considera que estas costumbres inadecuadas son generadas por las condiciones de vida deterioradas en las que tienen que vivir.

De la misma manera, la falta de prevención y el desconocimiento de medidas de control sanitario son producto del deficiente acceso a la educación y a los servicios básicos de la sociedad. Estas circunstancias no son exclusivas de la población inmigrante residente en el país, sino que son compartidas con los costarricenses que viven en las mismas condiciones de miseria y abandono.

Retomando la actitud positiva que los inmigrantes nicaragüenses tienen hacia la sociedad, y considerando que no ven posible su regreso a Nicaragua, en un corto o mediano plazo, el grupo de investigación considera conveniente que el Estado costarricense se preocupe por crear las condiciones favorables para fomentar el sentimiento de pertenencia de esta población. Lo que traería consigo la participación activa de esta población en el desarrollo comunal, beneficiando al conjunto de la sociedad.

Un papel importante en esta tarea sería la posición de las instituciones de salud pública. Puesto que asegurar buenos niveles de salud es esencial para aumentar la calidad de vida de los ciudadanos. Y para ser más efectivo a la hora de atender a esta población inmigrante, altamente vulnerable, sería conveniente tomar en cuenta las diferencias que la misma trae consigo a la hora de migrar.

Se sugiere a estas instituciones la creación de programas acordes con las necesidades de la población inmigrante, englobando a las comunidades donde se asientan.

El modelo de salud costarricense tiene en su base la posibilidad de ayudar a la incorporación activa de la población en su desarrollo. Se considera que aquí cumplen un papel fundamental los EBAIS, los cuales deben de reforzarse y extenderse; fortaleciendo los programas de participación comunal con la incorporación activa del inmigrante nicaragüense, para que así pueda contribuir a esbozar el perfil de necesidades particulares a resolver.

Se espera que este trabajo ayude a incentivar a otros investigadores y muy especialmente a nicaragüenses, a entender qué piensan y cómo se ven a sí mismos estos inmigrantes, que comparten con los "ticos" este territorio. Porque como plantea Kay Warren en un libro sobre la problemática maya en Guatemala, toda investigación debe plantearse **"quién le cuenta qué a quién"**.

BIBLIOGRAFIA

LIBROS:

Acuña González, Guillermo, et al. Diagnóstico Global: La población migrante nicaragüense: Realidades y Respuestas. Fundación Arias para la Paz y el Progreso Humano, San José, Costa Rica, Octubre 1999.

Acuña González, Guillermo, et al. Nicaragüenses en Costa Rica. Fundación Arias para la Paz y el Progreso Humano, San José, Costa Rica, CERCA, Octubre 1999.

Araya, Samy, et al. Flujo Migratorio de Nicaragüenses a Costa Rica: Una perspectiva legal y humanitaria. Heredia, Facultad de Ciencias Sociales, 2000.

Arce, Ana Gabriela, et al. Las Redes Sociales y su Influencia en la Calidad de Vida de la Población Migrante Nicaragüenses en Costa Rica. Tesis de trabajo social, UCR, SIBDI-UCR, Junio 2001.

Barahona Montero, Manuel. Población, Desarrollo y Migraciones: Cuaderno de docencia para III Ciclo. Proyecto Estado de la Nación, San José, Costa Rica, Primera Edición, 2001.

Barrantes Echeverría, Rodrigo. Un camino al conocimiento: Un Enfoque Cualitativo y Cuantitativo. San José, Costa Rica, Primera Edición, EUNED, 2002.

BecK, Urlich. ¿Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización. Barcelona. Barcelona, Editorial Paidós, 1998.

Beuchot, Mauricio. Migrantes nicaragüenses en Costa Rica 2000:Volumen, Características y Salud Reproductiva, Derechos Humanos, Historia y Filosofía. México, Editorial BEFDP, 1999.

Brenes Camacho, Gilbert, et al. Migrantes Nicaragüenses en Costa Rica: Volumen, Características y Salud Reproductiva. San José, Costa Rica, sf.

Campos Salas, José Antonio. Ubicación de zonas de riesgo y análisis de amenaza ante deslizamientos en comunidades pobres. Proyecto de Graduación para Licenciatura, Escuela de Ingeniería Civil, San José, Costa Rica, Universidad de Costa Rica, Julio 2000.

Cardona, Rokael, et al. Ciudadanía en Precario: Globalización, Desigualdad Social y Pobreza en Rotterdam y San José, San José, Costa Rica, FLACSO, 2000.

Castro Herrera, Guillermo. Trabajos de ajuste y combate: Naturaleza y Sociedad en la historia de América Latina. La habana, Cuba, Editorial Casa de las Américas, sf.

Chomsky, Noam, et al. La Aldea Global. Buenos Aires, Argentina, Editorial Txalaparta, 1997.

Constitución Política de la República de Costa Rica. San José, Costa Rica, EDITEC Editores, Tercera Edición, 1998.

Cordero, Allen, et al. La Sobrevivencia de los más Pobres. San José, Costa Rica, Editorial Guayacán, Tercera Edición, 1994.

Dahrendorf, Ralf. Las Clases Sociales y su Conflicto en la Sociedad Industrial. Madrid, Ediciones RIALP S.A., 1957.

Di Fillipo, Armando, Globalización, integración regional y migrantes. Simposio sobre migraciones, 2000.

Denis Santana, et al. Investigación etnográfica: Experiencias en el ámbito educativo,sf.

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

Fernández, Monseñor Angel Sancasimiro. El Fenómeno de la Migración en Nuestros Días: El papel de la Iglesia, Ciudad Quesada, sf.

Fromm, Erich. Anatomía de la Destructividad Humana. México, Eitorial Siglo Veintiuno, 1974.

Fundación Friedrich Ebert. Salud y Sociedad en Costa Rica, Serie Descentralización. Costa Rica, Editorial EDICOSTA, 1992.

Guibernau, Montserrat. Los Nacionalismos. Barcelona, Editorial Ariel Ciencia Política, 1996.

Herrera Eugenio, et al. Soluciones duraderas como formas de inserción productiva de los refugiados centroamericanos: Casos de Costa Rica y Nicaragua. Universidad de Georgetown y Comité Intergubernamental para las migraciones, CIM 1995.

Instituto Interamericano de Derechos Humanos, et al. Los Refugiados Centroamericanos. Editores Universidad para la Paz. Heredia, Costa Rica, UNA Primera Edición, 1999.

Lefevre, Henri. El Derecho a la Ciudad. Barcelona, Ediciones Península, 1968.

Ley General de Migración y Extranjería. Reglamento de Policía Especial de Migración. San José, Costa Rica, Editorial Investigaciones Jurídicas S.A., Junio 2002.

Lolas Stepke, Fernando. Más allá del Cuerpo: La construcción narrativa de la Salud. Santiago, Chile, Editorial Andrés Bello, 1997.

Marín, Maritza, et al. Tejedores de la supervivencia. Redes de Solidaridad de Familias Nicaragüenses en Costa Rica: el caso de "La Carpio". San José, Costa Rica, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Primera Edición, 2001.

Menard, Matilde. Diccionario de términos económicos.

Menjivar Larín, Rafael, ed al. Pobreza, exclusión y política social. Costa Rica, 1997.

Miranda Gutiérrez, Guido. La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica. San José, Costa Rica, Segunda Edición, EDNASSS/CCSS, 1994.

Morales Álvarez, Miguel. Crisis del Estado Nacional hacia el Siglo XXI: La Cuestión fronteriza Costa Rica, Nicaragua y Panamá. Heredia, Costa Rica, Primera Edición, 2000.

Morales Gamboa, Abelardo. Amnistía Migratoria en Costa Rica. San José, Costa Rica, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), 1999.

--------Compilador; Las Fronteras Desbordadas. FLACSO, Primer Edición, Setiembre, 1997.

Morales Gamboa, Abelardo, ed al. Redes Transfronterizas: sociedad, empleo y migración entre Costa Rica y Nicaragua. San José, Costa Rica, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, sf.

--------Inmigración Laboral Nicaragüenses en Costa Rica. San José, Costa Rica, Editores FLACSO, Fundación Friedrich Ebert, Instituto Interamericana de Derechos Humanos (IDH) y Defensoría de los Habitantes, 1999.

Navarro, Karlos, et al. Identidad, conflicto y violencia en Nicaragua, Editorial CIRA, 1998.

Nelson, Alan. Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care. USA, National Academy of Sciences, 2001.

ONU. Declaración Universal de Derechos Humanos.

Organización Panamericana de Salud (OPS). Perfil del Sistema de Salud de Nicaragua. Primera Edición, Enero, 1999.

Organización Panamericana de Salud (OPS). Perfil del Sistema de Salud de Nicaragua; Segunda Edición, Febrero, 2000.

Orozco, Manuel, ed al. Inmigración y Remesas Familiares. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Primera Edición, Marzo 1997.

Ortega Marvin. Nicaragua: Refugio, desplazamiento y repatriación. Instituto Interamericano de Derechos Humanos IIDH, San José, Primera Edición, 1991.

P. Sargant, Florence, ed al. La Metrópoli en la Vida Moderna. Bueno Aires. Edición Infinito, 1955.

Pardinas, Felipe. Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales: Introducción Elemental. México, Editorial Siglo Veintiuno S.A., 1969.

Pisoni, Rodolfo. Situación de la Inmigración Nicaragüense en Costa Rica en 1999. Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Febrero, 2000.

Plunkett, Hazel. Nicaragua in focus: a guide to the people, politics and culture. USA, Interlink Books, 1999.

Prieto Castillo, Daniel. Comunicación y percepción en las migraciones. Barcelona, Ediciones del Serbal, 1984.

Quijano, Anibal, et al. Populismo, Marginalización y Dependencia. Costa Rica. Editorial Universitaria Centroamericana EDUCA, 1973.

Ramírez, Luis. El Límite entre Costa Rica y Nicaragua: Problemas socioeconómicos conexos. Costa Rica. Primera Edición, Editorial Tecnológica de Costa Rica, Costa Rica 2003.

Rodríguez, Juan Claudio, et al. Economía mundial y desarrollo. Madrid, España, Editorial Acento, 1997.

Sandoval García, Carlos, et al. Otros amenazantes: Los nicaragüenses y la formación de identidades nacionales en Costa Rica. Costa Rica, Primera Edición, Editorial de la Universidad de Costa Rica, 2002.

Sudhir, Anaud, et al. Health Implications of Economic Policies. UNAP, Office of Developement Studies, 1996.

Torres-Rivas, Edelberto. Interpretación del Desarrollo Social Centroamericano. San José, Editorial PLA-Nueva América, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), 1989.

Universidad para la Paz. Los Refugiados Centroamericanos. Universidad Nacional, Primera Edición, Editores Universidad para La Paz, 1987.

Varios autores. Vivir entre dos culturas: la situación sociocultural de los trabajadores migrantes y sus familias, Paris, Serbal UNESCO, 1983.

Warren, Kay B. Indigenous Movements and Their Critics: Pan-Maya Activism in Guatemala. USA, Princenton Univertity Press, 1998.

Zenit. "Por un empeño en vencer todo racismo, xenofobia y nacionalismo exagerado". Mensaje del Papa para la Jornada Mundial del Emigrante y Refugiado 2003. En: El mundo visto desde Roma,2 diciembre del 2002.

REVISTAS Y DOCUMENTOS:

Aguilar, Nicolás. "Exodo:Incontenible inmigración nicaragüense". Al Día. San José, Costa Rica, Marzo 11 del 2002.

Arenas, Nelly. "Globalización e Identidad Latinoamericana". En: Nueva Sociedad, Venezuela, #147, Enero-Febrero, 1997.

Arias, Carlos. "El Feo San José y su Precioso Anillo Natural". En: Ambientico, Heredia, Costa Rica, No. 93, Junio 2001.

Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS). Documento. Clínica Clorito Picado/ Área de Salud Tibás Uruca y Merced, ASIS 2000. --------ASIS 2001-2003.

Avendaño Flores, Isabel. "Perspectivas y Actitudes Contrastadas de los Costarricenses sobre sus Inmigrantes 1988-2002". En: Repertorio Americano Nueva Época, Heredia, N°15, Enero-junio, 2003.

Bravo, Elí Josué. "Nicas presionan red de salud tica". La Prensa Libre. San José, Costa Rica, Edición 22943, Diciembre 15, 2002.

Caja Costarricense de Seguro Social(CCSS). Análisis del Sistema Integral de salud (ASIS). Área de Salud de Ciudad Quesada (ASCA), San Carlos 2003.

--------Anuario Estadístico 2000 de la Caja Costarricense del Seguro Social.

--------Código de la niñez y la adolescencia. Disposiciones y directivas.

--------Compromiso de Gestión, ASEMECO I Nivel; Área de salud La Carpio – León XIII – Garabito; Gerencia de División Administración; Dirección de Compras de Servicios de Salud.

--------Memoria Institucional 2001 de la Caja Costarricense del Seguro Social.

--------Población Migrante: Retos y Resumen de Políticas y Acciones Estratégicas. www.mideplan.go.cr

--------Reglamento del seguro de salud; Seguro Social de Costa Rica

Camacho Zamora, José. "El Método Etnográfico". En: Repertorio Americano Nueva Epoca, Enero – Junio, #5, 1998.

Collado, Andrea. Conglomeración espacial de la fecundidad adolescente en el Gran Area Metropolitana de Costa Rica. Simposio Costa Rica a la luz del Censo del 2000; San José, Costa Rica.

Comisión Nacional de Emergencia. Inestabilidad de Taludes y Afectación de Viviendas en el Área de León XIII y Cinco Esquinas de Tibás. San José, Costa Rica, Documento DPM-INF-173-97, Setiembre 1997.

--------Amenazas Hidrometeorológicas del Cantón de Tibas.

--------Amenazas Geológicas del Cantón de Tibas.

--------Inspección #994: Amenaza natural del Área León XIII.

--------Deslizamientos en Rincón Grande de Garabito, León XIII. Tibás, Documento DPM-INF-270-97, Viernes 14 de noviembre de 1997.

Compañía Nacional de Fuerza y Luz. Área Servida de Primario para la Localidad de León XIII. Proyecto SIGEL, Mayo 2003.

Copes, Adriana. Entering Modernity the Marginalization of the poor in the developing countries. An account of theoritical perspectives from the 1940's to the 1980's. Tesis Doctoral, Setiembre 20, 2002.

De Santa Ana, Julio. "El nuevo orden económico mundial: claves para su interpretación". En: III Consulta de Obispos y Pastores de América Latina y el Caribe: Democracia en crisis y el nuevo orden mundial. Desafío a las Iglesias de América Latina y el Caribe, Río de Janeiro, 1993.

Dobles, Aurelia. "La cultura es construcción de sentido social". En: Suplemento Cultural Ancora, La Nación, San José, Costa Rica, Agosto 3, 2003.

Dobles, Ignacio. "Derechos Humanos y Autoritarismo en Costa Rica". En: Reflexiones, Universidad de Costa Rica, #57, Abril 1997.

EBAIS. Análsis Colectivo de la Situación de la Salud: Comunidad León XIII. Equipo Básico de Atención en Salud-Puesto de Salud León XIII, Octubre del 2001.

Fassin, Didier. "Peut-on étudier la santé des étrangers et des immigrés?". En: Plein Droit, Paris, #38, 1998.

Fundación Arias. Informe del Ministerio de Planificación Nacional, 1999.

Hall, Stuart. "Who needs identity?". En: Questions of Cultural Identity, Great Britain, Editorial Hall Stuart -DU Gay, Pauln Sage Publications, 1996.

Hernández, Carlos. "Hombre empuja a ilegales nicas al país". En: La Nación, San José, Costa Rica, Julio 7, 2003.

Hospital de San Carlos. Plan Anual Organizacional (PAO), San Carlos 2003.

Instituto Interamericano de Derechos Humanos, et al. "II Encuentro Centroamericano de Movilidad Humana: Migrante y Refugiado". En: Encuentro Centroamericano de Movilidad Humana, San José, Costa Rica, 2001.

Instituto Interamericano de Derechos Humanos, et al. Encuentro Centroamericano de Movilidad Humana: Migrante y Refugiado. Memoria del Segundo Encuentro Centroamericano de Movilidad Humana: Migrante y Refugiado, San José, Costa Rica 2001.

Instituto Nacional de Estadística y Censo Costa Rica. Cálculo de Población por Provincia, Cantón y Distrito al 1 de julio y 1 de enero 2002-2003. San José, Costa Rica, INEC 2003.

Lungo, Mario. "Política social y pobreza urbana en El Salvador y Costa Rica". En: Pobreza, exclusión y política social. Costa Rica, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO, 1997.

Martínez, Miguel. "Como hacer un buen proyecto de tesis en metodología cualitativa". En: Heterotopia, Caracas, Venezuela, N° 2, Año II, Enero-Abril, 1996.

Mata, Alfonso. "Basura por Falta de Educación y Pereza". En: Ambientico, Costa Rica, #115, Abril de 2003.

Molina González, Lic. Jorge Rolando. Breve Sinópsis de la Historia de San Carlos. Costa Rica, 2000.

Murillo, Carlos. "Estado y Desarrollo". En: Reflexiones, San José, Costa Rica, #57,Abril 1997.

Avendaño Flores, Isabel. "Percepciones y Actitudes Contrastadas de los Costarricenses sobre sus Inmigraciones". En: Repertorio Americano Nueva Edición, Heredia, Costa Rica, 1998-2002.

OIM. Estudio Binacional: Situación Migratoria entre Costa Rica y Nicaragua Análisis del Impacto Económico y Social para ambos Países. Suiza, Organización Internacional para las Migraciones, Elaborado por la OIM por el proyecto Estado de La Nación, Diciembre, 2001.

OPS-OMS. "Indicadores Básicos Nicaragua 2001". En: Análisis de la Situación de Salud en Nicaragua 2000 para el Programa Binacional de Trabajo, BPB 2002-2003, Enero 2001.

Organización Panamericana de la Salud (PAHO). Salud en la Américas 1998-Nicaragua: situación general y tendencias.

Pardo, Marta Eugenia. "Cultura y Salud". En: Reflexiones, Costa Rica, #36, Facultad de Ciencias Sociales, Julio, 1995.

PNUD. Indice de Desarrollo Humano. Informe sobre Desarrollo Humano 2001, New York, 2002.

Proyecto Estado de la Región. Segundo informe sobre Desarrollo Humano en Centroamérica y Panamá. San José, Costa Rica, Proyecto Estado de la Nación, 2003.

Proyecto Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible: Sexto Informe 1999. San José, Costa Rica, Primera Edición 2000.

--------Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible: Sétimo Informe 2000, San José, Costa Rica, Primera Edición, 2001.

--------Octavo Informe 2001. San José, Costa Rica, Primera Edición, 2002.

Pujol Mesalles, Rosendo. Diferenciales entre zonas urbanas y rurales de Costa Rica. Análisis estadístico de la información del Censo 2000.

Rojas Flores, Oscar. Inmigración laboral y adecuación tecnológica. Informe final sobre Proyecto de Investigación. Universidad Nacional, Heredia, Junio 2002.

Sagastume Gemmel, Marco A., Compilador. "Convenios y Tratados Internacionales sobre Derechos Humanos". En: Cuadernos Educativos, Nivel ONU, CSUCA, #17.

Sandoval, Carlos. "Comunicación y etnicidad: construcción de identidades entre costarricenses y nicaragüenses en los noventa". En: Reflexiones #63, Universidad de Costa Rica, Editorial Universidad de Costa Rica, Octubre, 1997.

Suayter, María Adela. "La etnografía como propuesta de investigación en historia". En: Artículo del Foro H. Debate.

Taran, Patrick; "Migration et droits des migrants: aspects internationaux". Intervención en el Simposium sobre la Migración en las Américas del 4 al 6 de Setiembre, San José, Costa Rica 2000.

Varela Jara, Julio. El Desarrollo de las Inmigrantes Nicaragüenses en Costa Rica que Trabajan en el Sector de Servicios. España, Tesis para el Título de Maestría, Universidad de Andalucía, 2001.

Vargas, Juan Carlos. "Migraciones y Migrantes Nicaragüenses en Costa Rica: Aspectos de un continuo". En: Coloquio Nicaragüenses en Costa Rica: ¿Convivencia Conflictiva?. Instituto de Investigaciones Psicológicas y la Vicerrectoría de Acción Social de la U.C.R., 11 de octubre de 1999.

Vargas Soriano, Luis Miguel. "Fundamentación Antropológica de los Derechos Humanos". En: DEHUIDELA, Heredia, Volumen 3 Año 1, Agosto-Setiembre-Octubre de 1999, Universidad Nacional.

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS:

Análisis de Salud. Datos de Salud de Nicaragua. Indicadores de Población. En www.undp.org.ni/

Centro de educacion ambiental (CEA) Evaluación del país: Costa Rica. En www.un.or.cr.pnud/

¿Cuáles son los efectos de la basura en la salud.
En http://www.sma.df.gob.mx/sma/ubea/educacion/residuos/basur11.htm;12 de junio, 2003.

Dávila, Luis Ricardo. Costa Rica: Peso en la economía costarricense de la mano de obra nicaraguense. sl, Publicación Electrónica, 19 de julio del 2000.

Eduardo Baumeister. En http://165.1.58.1.110/sha/prf/nic

El Estado en Costa Rica: La iniciativa pública y privada frente al problema de la pobreza urbana. En http://ccp.ucr.ac.cr/investi/pobreza y estado.pdf

Estudio de la Calidad de Vida. OMS-Grupo WHOQOL; Página de presentación del Grupo de la Organización Mundial de la Salud. Página en Internet OMS.

Incontrolable llegada de nicaragüenses. En ww.nacion.com/ln_ee/2000/enero/09/pais2.html

Informe Anual 2002 Capítulo VI- Migrantes. En www.arias.or.cr/documentos/cpr/migracr.pdf

Los hilos invensibles de movimientos: Elementos que caracterizan las reciente migraciones en Costa Rica Y Nicaragua. Fundación Arias para la Paz y el progreso Humano, San José, Costa Rica. En www.arias.or.cr/documentos/cpr/dialogo40-4

Link between Health and Human Rights. En www.HealthRightsConnection.com

Migrantes nicaragüenses en Costa Rica 2000: Volumen, características y salud reproductiva Informe preparado para la Gerencia. En ccp.ucr.ac.cr/manuscritos/nicasmigra/InforNicamigra.pdf

http://ccp.ucr.ac.cr/manuscritos/nicasmigra/inforNicamigra.pdf

Nicaragua, logros de la Revolución Sandinista de 1980 a 1990. En www.lahaine.org./int

Nicaragua: Migraciones externas El incremento significativo de migrantes internacionales nicaragüenses. En www.elobservadoreconomico.com/archivo/119/migraciones.htm

Resumen Ejecutivo. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva y Migración 99-2000. En http://ccp.ucr.ac.cr/libros/saludrep/resumen.htm

Seminario Tiempos del Mundo. En www.tdm.com/hemisferio/investigacion.htm

Situación de la población migrante nicaragüenses en Costa Rica. En www.codehuca.or.cr/main.htm

Situación de la población migrante. El análisis sobre la dinámica poblacional de la Región Huetar Norte. En www.estadonacion.or.cr/Info98/nacion4/cap7-97n.htm

www.ccp.ucr.ac.cr/noticias/simposio/pdf

www.ccss.sa.cr

www.inec.go.cr

www.iom.int

www.iidh.ed.cr

www.mideplan.go.cr

www.siscom.or.cr/cumbre/documentos/migraciones/informecostarica.doc

FUENTES

Todas las entrevistas se realizaron durante los primeros siete meses del año 2003.

NOMBRE DEL ENTREVISTADO	CARACTERIZACION	FECHA
Adrián Araya Cerdas, Médico...	Médico del EBAIS Paso Ancho	9 de abril
Adriana del Carmen Murillo	Nicaragüense vecina de Ciudad Quesada	22 de setiembre
Adriana Ramírez Paniagua	Costarricense, vecina de Cuatro Reinas de Tibás	18 de octubre
Alfredo Córdoba	Alcalde de la Municipalidad de San Carlos	24 de enero
Alonso Soto Pierro	Costarricense, guarda de seguridad, vecino de Guadalupe	12 de octubre
Antonio Fernández Chacón	Costarricense, vecino de Ciudad Quesada	24 de enero
		11 de mayo
Alvaro Hidalgo, Médico...	Sub-Director del Hospital de San Carlos	24 de enero
Azucena Guzmán	Nicaragüense vecina del precario de Garabito, León XIII	17 de julio
Carlos González	Nicaragüense vecino de Ciudad Quesada	24 de enero
Carlos Luis Orozco	Vecino y Exregidor (90-94) de León XIII	17 de mayo
Carlos Zamora	Socorrista de la Cruz Roja de San Carlos, Ciudad Quesada	11 de mayo
Carmen Lara, Médico...	Pediatra de la Clínica Clorito Picado	9 de abril
Cármen Zúñiga Guido	Jefe de enfermería del EBAIS LeónXIII	15 de abril
Claudio Grijalba	Administrador de la Cruz Roja Cuatro Reinas	8 de abril
Danelia Toruño	Nicaragüense vecina de Ciudad Quesada	19 de julio
Danilo Marenco, Médico...	Nicaragüense nacionalizado costarricense	26 de marzo
	Médico del EBAIS León XIII	15 de abril
Dora Calero Sandoval	Costarricense vecina de Ciudad Quesada	22 de setiembre
Evelyn Torres	Nicaragüense vecina de Garabito, León XIII	17 de mayo
Fátima Salas	Nicaragüense vecina del precario Meco Argüello, Quesada	11 de mayo
Flor Bendaña	Nicaragüense vecina del precario Meco Argüello, Quesada	11 de mayo
		22 de setiembre
Freda Wilhem	Ex-jefa de enfermería EBAIS León XIII	3 de marzo
Geovanni Rodríguez	Oficial de la Guardia Rural de León XIII	8 de abril
Gerardo Carballo	Vecino y Exregidor (78-82 / 86-90) de León XIII	17 de mayo
Gina Campos	ATAP del EBAIS León XIII (Sector Garabito)	10 de febrero
		15 de abril
Heriberto Briceño Montiel	Costarricense, guarde de seguridad vecino de Quesada	22 de setiembre
Heriberto Rojas Cascante	Costarricense, asesor legal del MEP	30 de octubre
Henry Villegas, Médico...	Director de los EBAIS de León XIII	3 de marzo
Hugo Gutiérrez, Médico...	Médico general del EBAIS de Ciudad Quesada	24 de enero
Isabel Lara Meléndez	Nicaragüense nacionalizada costarricense vecina León XIII	17 de abril
Karol Solano Monge	Costarricense, vecina de Tibás	28 de octubre
Limardo Garméndez García	Nicaragüense vecino de Ciudad Quesada	19 de julio
		22 de setiembre
Lorena Jarquín	Nicaragüense vecina del precario El Progreso, León XIII	12 de junio
		16 de setiembre
Marianela Calero Sandoval	Costarricense, casada con nicaragüense, Quesada	22 de setiembre
Mariela Castro Castro	Costarricense, contadora, vecina de León XIII	28 de octubre
Mariela Gómez González	Costarricense, vecina de Ciudad Quesada	22 de setiembre
Marina Fallas Salas	Nicaragüense vecina precario Vuela los Cocos, Quesada	8 de junio
Martha Lorena Aragón	Nicaragüense vecina del precario El Progreso, León XIII	17 de julio

Miguel Brenes	ATAP del EBAIS León XIII	15 de abril
Milton Rico	Nicaragüense vecino de León XIII	15 de junio
Ninoska López	Nicaragüense vecina de León XIII y maestra de la Escuela de León XIII	17 de junio
Olga Lara Bolaños, Médico...	Médico del EBAIS Paso Ancho	9 de abril
Pascual Centeno	Nicaragüense vecino de Barrio San Martín, Ciudad Quesada	24 de enero
Ricardo Rodríguez	Coordinador de la Pastoral Social de Ciudad Quesada	10 de enero 7 de febrero
Roberto Pérez, Ingeniero...	Encargado del Plantel Acueductos y Alcantarillados Uruca	10 de abril
Roberto Ruiz Jiménez	Costarricense, vecino de Pavas	30 de octubre
Roberto Vargas, Ingeniero...	Encargado del Area de Acción Social/EBAIS Clínica Bíblica	17 de julio
Roxana Tenorio	Trabajador Social del EBAIS León XIII	12 de marzo
Rubén Quesada Fallas	Paramédico voluntario/ Asistente Emergencias Médicas	11 de marzo 8 de abril
Silvia Contreras Rave	Costarricense, vecina de León XIII	17 de octubre
Silvia Sáenz Soto	Costarricense, vecina de Tibás	17 de octubre
Trina Rojas	Costarricense vecina de León XIII	16 de abril
Victoria Gladys Garache López	Nicaragüense vecina de León XIII	15 de junio
Liliana Bolaños	Encargada de Validación de Derechos / Clínica Clorito Picado	30 de mayo
Xinia Zeledón	Funcionaria de CNFL/ Departamento Control y Desarrollo Social	23 de abril
Yadira Altamirano	Nicaragüense vecina de Ciudad Quesada	22 de setiembre
Yesenia Madrigal Valerio	Costarricense, vecina de Heredia	20 de octubre

ANEXOS

ANEXO #1

Guía de entrevista a inmigrantes nicaragüenses radicados en costa Rica.

HISTORIA MIGRATORIA

1. Nombre
2. Estado civil
3. Nivel de instrucción
4. Lugar de habitación
5. Años de vivir en Costa Rica y años de habitar en la región
6. Nivel de arraigo:
   - si vive de manera permanente en la región.
   - si tiene trabajo permanente, estacional o si está desocupado
   - si vive en familia, cuál es la relación de parentesco.
7. Las razones que lo llevaron a migrar:
   - Situación en la que vivía en Nicaragua
   - Tipo de trabajo que ejercía.
   - Familia dependiente en tiene actualmente en Nicaragua.
   - Familia cercana que vivía en Costa Rica antes de que emigrara.

ESPECTATIVAS DE VIDA

1. ¿Cuando vivía en Nicaragua cómo creía que iba a ser su vida en Costa Rica? ¿Qué esperaba al venirse?
2. ¿Qué se decía o que sabía usted de los servicios sociales en Costa Rica?
3. Una vez asentado en Costa Rica, ¿cómo ve su situación de vida: igual, peor o mejor de lo esperado?
4. Si todo sale como usted espera, ¿cuánto tiempo ha planeado quedarse viviendo en Costa Rica?
5. ¿Usted cree que la situación de salud de la gente en Costa Rica es mejor, peor o igual a la situación de salud de la gente en Nicaragua?
6. ¿Qué son para usted buenos hábitos higiénicos? ¿Cuáles diría usted que son necesarios para mantener la buena salud suya y de la gente que vive a su alrededor?

USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

1. ¿Ha usado los servicios de salud pública desde que vino a Costa Rica?
    - ¿Cuáles? : hospital, clínica, EBAIS
    - ¿Cuántas veces?
    - ¿Por qué razón y qué tipo de tratamiento *recibió*?
2. Comparando los servicios de salud de Nicaragua y los de Costa Rica, ¿cuáles satisfacen mejor sus necesidades y qué esperaría de estos servicios?
3. ¿Siente alguna diferencia entre los servicios prestados en Nicaragua y los brindados por los servicios de salud pública de Costa Rica?
4. ¿Hay gente enferma en su familia y en su vecindario en este momento? Si los hay, ¿de qué?
5. Si se siente enfermo, ¿qué es lo primero que hace?:
    - Automedicarse con algo que conoce
    - Pide consejo a algún familiar o amigo.
    - Va al EBAIS
    - Va a emergencias del hospital.
6. ¿Cómo considera usted que está su salud en estos momentos y qué hace usted para que salud esté así?
7. Si un amigo suyo viene y le dice que en su casa la gente se está enfermando mucho, ¿qué le aconsejaría usted a ese amigo?
8. ¿Qué tipo de atención médica le gustaría tener de los servicios de salud pública de Costa Rica?
9. ¿Sabe usted qué es la medicina preventiva? *(si no sabe se le explica)* ¿La ha recibido?
10. Según lo que usted sabe o cree, ¿qué tan obligado está el Estado costarricense en atenderlo?
11. ¿Usted cree que hay momentos en los que podrían decirle que no tiene derecho a ser atendido? ¿Le ha pasado alguna vez a usted a algún conocido?

ANEXO # 2

Guía de entrevista a otras personas de las comunidades

(personal médico, autoridades comunales, personajes importantes de la comunidad)

1. Cantidad o porcentaje de nicaragüenses que viven en la comunidad.

2. Situación de los servicios de salud que se brindan a la comunidad.

3. Historia de dichos servicios en los últimos diez años para ver si han existido cambios debido al incremento de la población *migrante*.

4. ¿Hay diferencia en tipo de vida y de hábitos de higiene entre la población nicaragüense y costarricense?

5. Actitud de los nicaragüenses ante la atención en salud de las instituciones del Estado.
   - Exigencias
   - Forma de utilización
   - Grado de satisfacción.

6- Actitud de la población costarricense de la comunidad ante la atención en salud que se le brinda a la población nicaragüense.

7- Funcionamiento y proceso de atención médica a la población nicaragüense:
   - Si se les atiendo en toda circunstancia o
   - Si hay restricciones a la atención
   - Cómo es el servicio de farmacia
   - Cómo funciona el servicio a domicilio.

ANEXO #3

Cuestionario realizado a doctores Adrián Araya y Olga Lara

Nuevos conceptos que nos gustaría saber la definición:

*¿Qué entiende la CCSS por áreas de Salud? ¿Por qué dentro de las áreas de salud se habla de servicios de 1°, 2° y 3° nivel? ¿Qué necesidades específicas ve cada uno de estos tipos de niveles de salud?

*Sabemos que el concepto de Morbilidad significa que son las enfermedades en las que tiene mayor incidencia una población. ¿En el caso de la población Nicaragüense cual son esas enfermedades de mayor influencia, a que considera que se deba esto, porqué?

*Dentro de los denominados ASIS (Análisis Integrales de Salud), algunas de las enfermedades que se mencionan como las comunes dentro de la población son las siguientes:

a) IVRS
b) Diabetes Mellitus
c) Lumbalgia
d) DM
e) ¿Otras?

Nos gustaría saber el significado de cada una de ellas, qué las causa, si son causadas por factores virales, genéticos, etc. ¿Cuál es el tipo de medicamento que se emplea para su prevención? ¿Comparativamente quien la padece más el costarricense y/o el nicaragüense?

*¿Cuándo en un ASIS se habla sobre Distribución de población inscrita, a que se refieren con:

*. Directo: IVM
*. Familiar: IVM

*¿Cuáles son las funciones específicas que según la CCSS se estipula debe de desempeñar:

a) ATAP
b) EBAIS
c) Clínicas Integrales de Salud
d) Hospitales

*¿Con respecto a los puntos b, c y d de la pregunta anterior, cual es el orden lógico que un paciente enfermo debería seguir en caso de tener alguna molestia?
¿Lo respetan?
Sí _____
No_____
Justifique_____

*Comparativamente, quien respeta más el orden lógico de atención establecido por la CCSS para atender mejor al paciente: el costarricense y/o el nicaragüense? ¿A que se debe esto, justifique?

ANEXO #4

¿Cómo percibe el migrante nicaragüense los servicios que se le brindan en Costa Rica?

MODELOS DE SALUD:

Que se entiende como las aproximaciones intelectuales a los problemas de salud que tiene cada sociedad o cada grupo social, las cuales están determinadas por el contexto cultural, social y económico de dichos grupos y que generan técnicas y modelos de curación diferentes.
A nivel operacional identificar esta variable nos ayudará a encontrar el modelo cultural de salud de los migrantes nicaragüenses y así entender una de las bases de percepción sobre los servicios de salud que se reciben. Podemos además acercarnos a la comprensión de las diferencias en los conceptos de salud y a las posibles diferencias en la percepción que de los servicios de salud tengan nicaragüenses y costarricenses.

Variables	Aspectos por Considerar
Hábitos: limpieza de alimentos, del cuerpo, de la vivienda. Lavado de ropa, de utensilios. Tipo de manipulación de alimentos. Situación higiénica de los niños. Situación higiénica de las mascotas.	Observación a la hora de las visitas Entrevistas a personas que trabajen en o para la comunidad.
Concepto sobre lo que es estar sano.	Entrevistas con nicaragüenses Entrevistas con responsables de salud.
Circunstancias por las que se visita al doctor	Entrevistas con nicaragüenses. Entrevistas con responsables de salud.
Información e idea que se tiene sobre EBAIS, la clínica y hospital.	Entrevistas a nicaragüenses.
Hábitos y formas de alimentación: problemas económicos. Cómo cocina (grasa, sal, alimentos crudos) Qué le gusta y no le gusta comer.	Observación Entrevistas a nicaragüenses. Entrevistas a responsables de salud.
Criterio sobre los medicamentos: cómo se medica Tipo de medicinas que usa. Cómo se abastece.	Entrevistas a nicaragüenses. Entrevistas a personal de salud.

DERECHOS HUMANOS EN MATERIA DE SALUD:

Que son las aproximaciones intelectuales de un grupo humano sobre los deberes que su comunidad, la sociedad y el Estado tienen para ellos y así garantizar la integridad personal y comunal en materia de salud. Al igual que la variable anterior esta nos ayudará a entender la percepción sobre los servicios de salud, pues la misma está parcialmente determinada por el concepto de cuáles son los derechos que se poseen.

Variables	Aspectos por considerar
Cuáles son los derechos como persona que vive en Costa Rica Cómo se debe exigir que se respeten. Cuáles son sus deberes como persona que vive en Costa Rica. ¿Qué hace para cumplirlos? ¿A qué debería de tener derecho una persona para vivir bien? Cuáles de esos derechos deberían de ser garantizados por el estado Idea que se tiene sobre la legalidad y sobre la nacionalización?	Todos estos conceptos sobre derechos se refieren específicamente a derechos en materia de salud y se obtendrán por entrevistas a Nicaragüenses. Están especialmente reflejadas en las preguntas 10 y 11 del instrumento guía, en la sección de "Uso de los servicios de salud pública".

NECESIDADES EN SALUD:

Entendidas como los requerimientos básicos para garantizar un cuerpo y una mente en pleno funcionamiento.
A nivel operacional nos servirá para conocer las prioridades que en materia de salud tiene los sujetos del estudio y de cómo se manifiestan de forma concreta los modelos de salud de este grupo.

Variables	Aspectos por considerar
Situación concreta de salud de la comunidad	Estadísticas y documentos sobre la comunidad Observación. Entrevistas en entidades públicas.
Situación concreta de salud del individuo y su círculo cercano.	Observación. Entrevistas a nicaragüenses.
Servicios no brindados en la comunidad.	Información en entidades públicas. Entrevista a nicaragüenses.
Qué se necesita para mejorar la situación de salud de la comunidad.	Entrevistas a nicaragüenses. Entrevistas a responsables de salud.

CONDICIONES DE VIDA:

Entendemos aquí la forma en que se vive, respondiendo a factores externos, como la situación económico y el medio ecológico, como a factores culturales, como las costumbres, hábitos y tradiciones.
Este factor es determinante para entender porqué y cómo se perciben los servicios de salud brindados.

Variables	Aspectos por considerar
Situación de desarrollo urbano de la comunidad.	Observación. Datos de instituciones públicas.
Situación de empleo, ingreso y nivel educativo de la comunidad.	Datos de instituciones públicas. Entrevistas en organismos de la comunidad.
Situación de vivienda del sujeto.	Observación
Tipo de atención municipal o gubernamental hacia la comunidad.	Datos en organismos municipales y comunales.
Situación organizativa de la comunidad.(agrupaciones, ONG...)	Entrevistas a organismos de la comunidad.
Nivel educativo, situación de empleo e ingreso del sujeto.	Entrevistas a nicaragüenses.
Relaciones del sujeto con el resto de la comunidad.	Entrevistas a nicaragüenses.
Situación legal del sujeto.	Entrevistas a nicaragüenses.

CONDICIÓN DE ATENCIÓN EN SALUD:

Entendiéndose como la eficacia, la eficiencia y la efectividad de los servicios de salud brindados por el Estado a la población migrante nicaragüense. Con esto queremos percibir si los servicios obtenidos por la población meto son adecuados a sus necesidades y si se brindan en forma igualitaria para la población migrante y la nacional.

Variables	Aspectos por considerar
Servicios brindados en la comunidad por el Estado. Nivel de cobertura de dichos servicios. Cantidad de personas atendidas. Nivel de asistencia a dichos servicios. Servicios no brindados en la comunidad.	La recolección de esta información se hará básicamente en los registros de las instituciones públicas que trabajan en la comunidad y en entrevistas a personeros de las mismas.

LEGISLACIÓN COSTARRICENSE EN MATERIA DE SALUD:

Que es el ordenamiento jurídico que establece los deberes del Estado en materia de salud para con los habitantes del territorio nacional. Será un punto de referencia para entender la forma en que se brindan los servicios de salud.

Análisis de la legislación nacional e internacional en materia de salud. Este análisis no será extenso, dado que el objetivo del trabajo no es analizar la legislación sino conocerla lo suficiente para usarla como referencia para otros análisis.

CONTEXTO HISTORICO DEL MIGRANTE NICARAGÜENSE:

Este es el análisis no exhaustivo de las circunstancias políticas, económicas y sociales alrededor del fenómeno migratorio nicaragüense en la última década hacia Costa Rica.
Dicho análisis nos ayudará a entender por que los nicaragüenses han escogido a Costa Rica como primer destino para migrar y establecerse, para esclarecer algunas de las expectativas que se tienen al migrar.

Variables	Aspectos por considerar
Antecedentes de Nicaragua como país expulsor.	Análisis bibliográfico sobre el tema
Situación de Nicaragua en el momento que da la migración Situación que lo empujó a emigrar de su país. Situación actual (ingreso, empleo, vivienda)/ Perspectivas a un futuro a mediano plazo (volver o quedarse).	Entrevistas a nicaragüenses.

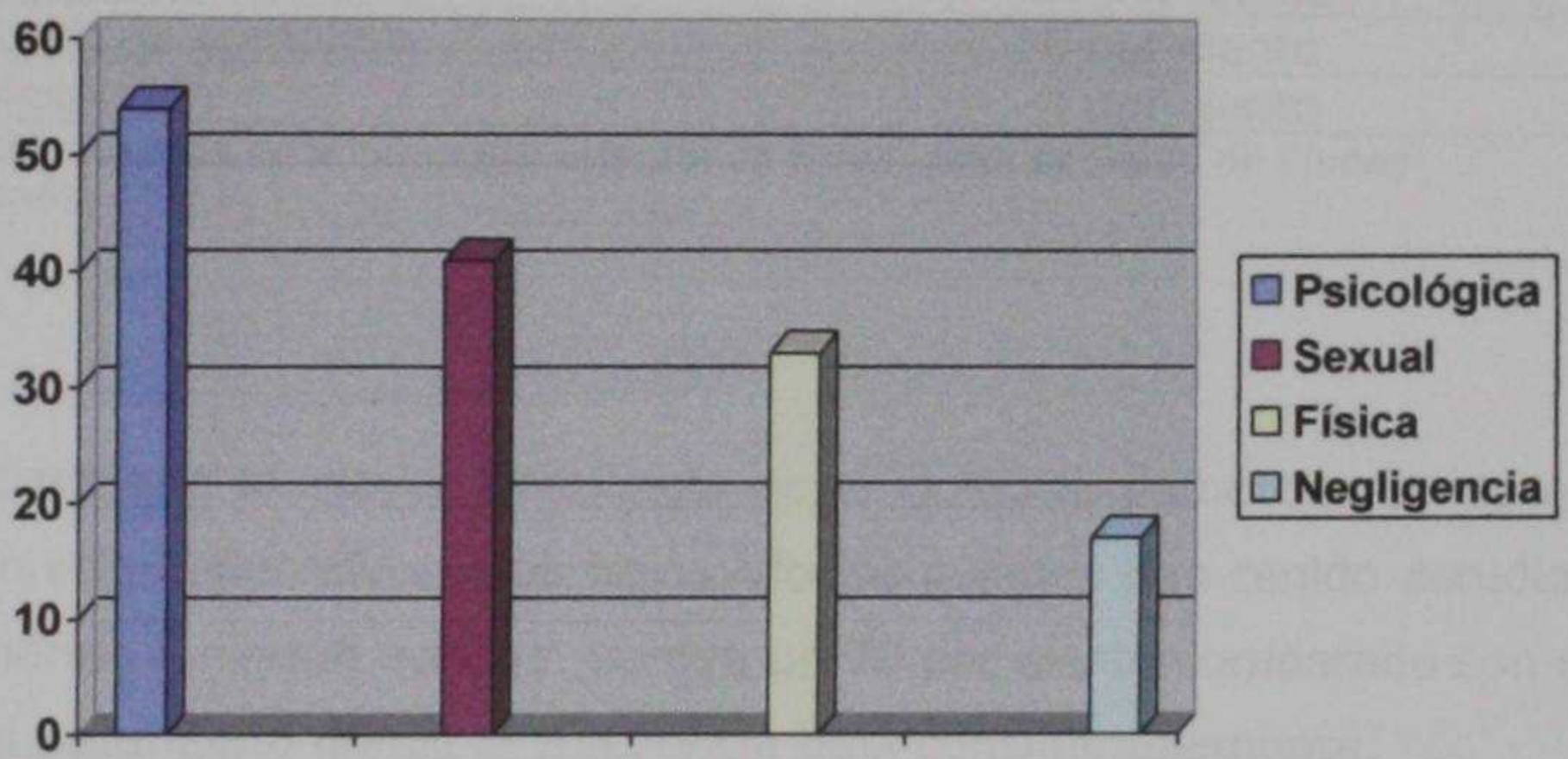
ANEXO #5

CUADRO DE TIPO DE VIOLENCIA MÁS FRECUENTE DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN EL AREA DE SALUD DE CIUDAD QUESADA
AÑO 2001

TIPO VIOLENCIA	PORCENTAJE RELATIVO
Violencia psicológica	54 por ciento
Violencia sexual	41 por ciento
Violencia física	33 por ciento
Violencia negligencia	17 por ciento

Fuente: Análisis de la Situación Integral de Salud, Área de Salud de Ciudad Quesada

GRAFICO DEL CUADRO ANTERIOR



Fuente: ASIS, Área de Salud de Ciudad Quesada.

Tal y como se puede observar en el cuadro anterior, es notoria la cantidad de casos atendidos por algún grado de violencia, entre estos la más frecuente es la psicológica; la cual asciende a más de un 50 por ciento de los casos, esto sin tomar en cuenta aquellos que quedan sin denunciar. Estos datos corroboran las afirmaciones anteriormente denunciadas por el PANI en cuanto al aumento de denuncias por algún tipo de agresión en Quesada.

ANEXO #6

CUADRO DEL NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS PERSONAS ATENDIDAS POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL AREA DE SALUD DE CIUDAD QUESADA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2001

ESCOLARIDAD	por ciento RELATIVO
Ninguna	21 por ciento
Primaria incompleta	33 por ciento
Primaria completa	16 por ciento
Secundaria incompleta	16 por ciento
Secundaria completa	8 por ciento
No responde	4 por ciento

Fuente: Análisis de la Situación Integral de Salud, Área de Salud de Ciudad Quesada.

Es claro que la mayor frecuencia de la violencia doméstica se da en los niveles educativos más bajos, donde quienes han tenido estudios primarios o ningún estudio, suman un 70 por ciento comparado con el nivel secundario donde la frecuencia baja considerablemente.

ANEXO #7

El siguiente cuadro y gráfico muestran las consultas realizadas por la población de Quesada durante el año 2002, la primera vez en que se realizó el primer uso de los servicios y las consultas posteriores a la primer cita:

Cuadro del total de consultas anuales según el EBAIS
Área de Salud de Ciudad Quesada, 2002

EBAIS	**Total de Consultas**		
	Primera vez	**Subsecuente**	**Total**
Ciudad Quesada	3963	4334	8297
TOTAL	18711	33063	51774

Fuente: Información de redes, área de salud Ciudad Quesada, 2002, p. 36.

Gráfico comparativo según datos del cuadro anterior

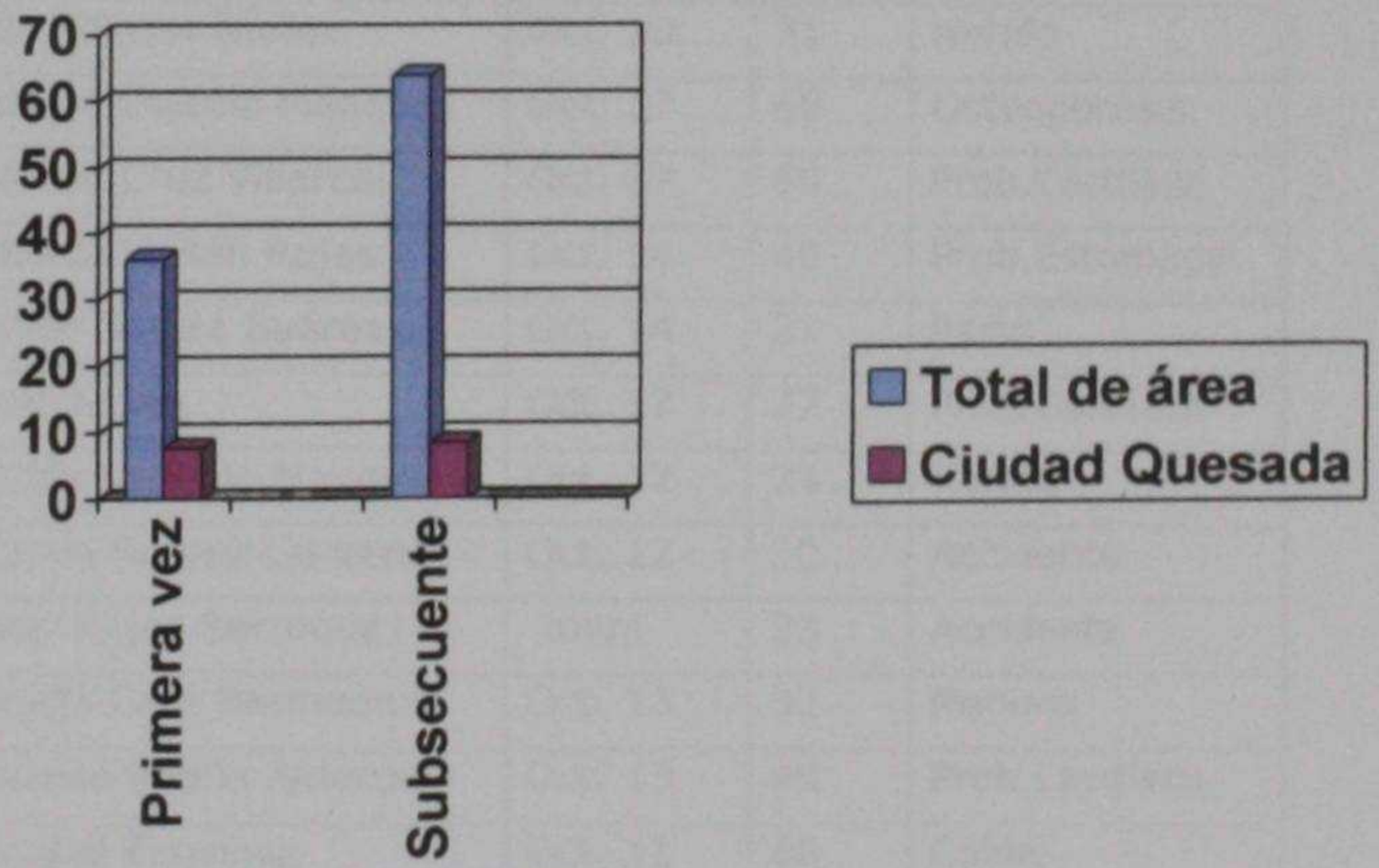


Gráfico elaborado por el grupo de investigación.

ANEXO #8

Cuadros de pacientes nicaragüenses atendidos por la Cruz Roja de la comunidad de León XIII,

Octubre del 2002.
Total de pacientes: 417.

Lugar	Paciente	Fecha	Edad	Caso Médico
León XIII	María Urcano	Oct. 30	70	Idem
Idem	Jesús Espinoza Guevara	Oct. 30	37	Agresión
Idem	Estelana Solís Barrirra	Oct. 29	66	Convulsión
Idem	Blanca Rosa Zúñiga	Oct. 29	56	Hipertensión
Idem	Ramón Enrique Fonseca	Oct. 28	72	Asma
Garabito	José Delgado Sandí	Oct. 28	Idem	Prob.Estomacal
León XIII	Rafael Rivera Gómez	Oct. 27	69	Prob.Cardíaco
León XIII	Elizabeth Vindas	Oct. 26	58	Vómito
Idem	Ronaldo Aguirre Cruz	Oct. 24	29	Herida
Idem	Vidia Zúñiga González	Oct. 21	30	Osteoporosis
Garabito	Ofelia Mejía Maya	Oct. 20	79	Prob.Cardíaco
León XIII	Inés Salazar Núñez	Oct. 20	31	Herida
Garabito	Cristina Otárola Meneses	Oct. 17	60	Osteoporosis
León XIII	Carmen Cruz Villareal	Oct. 17	60	Prob.Cardíaco
Idem	Zobeida Mesén Rojas	Oct. 14	40	Prob.Estomacal
Idem	Marlen Sevilla Suárez	Oct. 14	21	Parto
Idem	Elena López	Oct. 12	77	Prob.Cardíaco
Idem	Freddy Naranjo Mayorga	Oct. 12	24	Herida
Idem	Ricardo Suárez Centeno	Oct. 12	30	Accidente
León XIII	César Rojas Bermúdez	Idem	23	Accidente
Idem	Claudia Cruz Bermúdez	Oct. 13	32	Nervios
Idem	Eduardo Patiño Aldecola	Oct. 13	40	Prob.Cardíaco
Garabito	Trinidad Espinoza	Oct. 11	60	Caída
León XIII	Ana de los Angeles González	Oct. 6	42	Intoxicación

Fuente: Muestra de pacientes nicaragüenses atendidos en octubre del 2002. Información no fue suministrada por el paciente o la Cruz Roja

Noviembre del 2002
Total de pacientes: 409.

Lugar	Paciente	Fecha	Edad	Caso Médico
Idem	Carmen Alanis Duarte	Nov. 29	53	Trauma
León XIII	Gilda Plazio Ramírez	Nov. 28	78	Trauma
Copei	Rudy Rodríguez Meneses	Nov. 28	17	Trauma
Comeca	Elizabeth Incabacelto Sevilla	Nov. 27	32	Trauma
Carpio	Judy Frigoye Barrera	Nov. 26	37	Parto
León XIII	Ricardo Jai	Nov. 25	21	Arma blanca
León XIII	Carlos Oviedo Ramos	Nov. 25	56	Convulsión
Garabito	Maniestel Espinoza Pandolfo	Nov. 25	Idem	Hipertensión
Carpio	Marta Mercado Pevol	Nov. 24	23	Parto
León XIII	Yolanda Araya Montero	Nov. 22	83	Trauma
León XIII	Johnny Caltos Felles	Nov. 21	21	Arma blanca
León XIII	Miriam Picado Chinchilla	Nov. 18	54	Asma
Idem	Marlon Guadamuz Mendoza	Nov. 09	22	Trauma
León XIII	Alvaro Arce López	Nov. 09	36	Fallecido
León XIII	María Cecilia Gamboa	Nov. 11	Idem	Trauma
León XIII	Candelaria López Villareal	Nov. 05	81	Asma
León XIII	María Rodríguez Rodríguez	Nov. 05	80	Prob. Cardíaco
El Martillo	Rubén Sancho Hernández	Nov. 04	58	Trauma

Fuente: Muestra de pacientes nicaragüenses atendidos en noviembre del 2002.
Idem Información no fue suministrada por el paciente o la Cruz Roja

Diciembre del 2002
Total de pacientes: 356.

Lugar	Paciente	Fecha	Edad	Caso Médico
León XIII	Picado Alvarez	Dic. 31	57	Prob. Cardíaco
León XIII	Yenny Campos Ramírez	Dic. 28	28	Trauma
León XIII	Juana Tenorio Marenco	Dic. 24	45	Hipertensión
Ladrillera	Jorge Guiñeo	Dic. 22	Idem	Arma blanca
Ladrillera	Gerardo Torres	Dic. 22	37	Trauma
León XIII	Ottón González Téllez	Dic. 22	21	Prob.Respiratorio
León XIII	Lucía Romero Marín	Dic. 21	35	Trauma
León XIII	Margarita Chávez Guzmán	Dic. 15	86	Trauma
Idem	Ana Cecilia Durán Guzmán	Dic. 14	Idem	Trauma
Idem	Emilia Rojas Vega	Dic. 12	56	Post-operación
León XIII	Lilianna Huaringa Yepez	Dic. 8	44	Fractura
León XIII	Marta Chinchilla Chinchilla	Dic. 6	70	Prob. Cardíaco

Fuente: Muestra de pacientes nicaragüenses atendidos en diciembre del 2002.
Información no fue suministrada por el paciente o la Cruz Roja.

FOTOGRAFÍAS

FOTO #1



Vecinos del precario Meco Argüello.

Solamente una de las mujeres es costarricense. Esta casa muestra el estado de la mayoría de las viviendas en dicho precario. Aquí viven 4 personas, es suficientemente amplia y cuenta con el servicio de agua potable, no así con electricidad ni con servicio de cloacas. Las paredes y techo están en buen estado, pero tiene piso de tierra y no cuenta con ventanas de vidrio ni con cedazo que evite la entrada de insectos. Otra de las características es que cuenta con un amplio espacio sin construir a su alrededor, utilizado tanto como zona de juego por los niños, tendedero de ropa y como jardín con algunas hortalizas sembradas.

FOTO # 2



Esta fotografía evidencia el grave problema de la basura en León XIII. Aquí, como en muchas otras esquinas y lotes baldíos de la comunidad, las personas depositan la basura y la misma queda expuesta a la intemperie y a los animales callejeros durante días, sin que sea recogida por la municipalidad. Esto ha provocado la contaminación ambiental constante alrededor de las zonas donde, tanto niños como adultos juegan y transitan.

FOTO # 3



Esta foto muestra características de las casas de los precarios de León XIII, las cuales son construidas de zinc y de desechos, con pisos de tabla. Estas viviendas fueron establecidas una contiguo a la otra, sobre suelo de tierra que se vuelve barro en invierno, por lo que los vecinos colocan tablones o planchas de cemento para transitar con menos problemas. En estas zonas las casas cuentan con electricidad y cañería de agua potable. Pero las letrinas que existen están en muy mal estado.

FOTO # 4

UNIVERSIDAD NACIONAL
Centro de
Documentación
de Filosofía
HEREDIA COSTA RICA



- Local que alberga a los cuatro EBAIS que sirven a la comunidad de León XIII. Esta es la mejor zona del lugar, con calles limpias y casas en buen estado. Como se puede apreciar, se unieron dos casas para poder brindar todos los servicios requeridos por la población.