

Universidad de Costa Rica
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública
Licenciatura en Promoción de la Salud

Acceso a los servicios de salud de las personas migrantes nicaragüenses de Upala y Desamparados que ingresaron a Costa Rica en el período 2018-2020: un análisis desde los Determinantes Sociales de la Salud.

Modalidad Tesis

Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de licenciatura en Promoción de la Salud

Sustentantes:

Bach. Roberto Luis Rodríguez Castillo, B65981

Bach. Wilmer Sancho Rojas, B56720

Sede Universitaria Rodrigo Facio

San José, Costa Rica, 2023



ACTA DE DEFENSA DE TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

No. 5-2023

Sesión del Tribunal Examinador celebrada el martes 13 de junio, a las 10:00 am, vía Zoom, con el objetivo de recibir el informe oral correspondiente a la defensa pública de:

| SUSTENTANTE | CARNÉ | AÑO DE EGRESO | PROMEDIO |
|---------------------------------------|--------|---------------|----------|
| Bach. Roberto Luis Rodríguez Castillo | B65981 | 2020 | 9,71 |
| Bach. Wilmer Sancho Rojas | B56720 | 2020 | 9,42 |

Quienes se acogen al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación de la Universidad de Costa Rica, desde la modalidad Tesis de Graduación, para optar al grado de **Licenciatura en Promoción de la Salud**.

El Tribunal Examinador está integrado por:

| | |
|--------------------------------------|------------------------------|
| M.Sc Sylvia Vargas Oreamuno | Presidente |
| Licda. Karol Rojas Araya | Profesora Invitada |
| Dra. Ingrid Gómez Duarte | Director TFG |
| M.Sc. María del Rocío Sáenz Madrigal | Integrante del Comité Asesor |
| M.Sc José Daniel Rodríguez Arrieta | Integrante del Comité Asesor |



ARTÍCULO I

La persona que preside anuncia el motivo del acto académico, el nombre de las personas sustentantes, la modalidad del TFG y el título del trabajo, que en este caso corresponde a: **“Acceso a los servicios de salud de las personas migrantes nicaragüenses de Upala y Desamparados que ingresaron a Costa Rica en el período 2018-2020: un análisis desde los Determinantes Sociales de la Salud”**.

ARTÍCULO II

La persona que preside el acto informa que los expedientes de las persona sustentantes contienen todos los documentos de rigor respecto al cumplimiento de los requisitos académicos y administrativos.

Con esto, concede el uso de la palabra para la exposición oral de los aspectos fundamentales de su trabajo final de graduación, para la cual tiene un máximo de 45 minutos.

ARTÍCULO III

Terminada la disertación, la persona que preside el acto coordinará el uso de la palabra con las personas integrantes del Tribunal Examinador, para la realización de preguntas y de comentarios.

Una vez concluida esta etapa, el Tribunal se retira para proceder a la deliberación.

ARTÍCULO IV

De acuerdo con el Artículo 26 del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación. El Tribunal considera el Trabajo Final de Graduación:

APROBADO (X) NO APROBADO ()

Observaciones al documento escrito en caso de ser necesario:

El Tribunal realiza las siguientes recomendaciones:

1. Se declara el trabajo final de graduación presentado por los sustentantes Roberto Luis Rodríguez Castillo y Wilmer Sancho Rojas con MENCIÓN HONORÍFICA debido a que el equipo de investigadores ha aportado una metodología muy apropiada para tratar un tema tan complejo como es la



migración desde el trabajo en promoción de la salud. Además, la presentación efectuada ha sido clara, directa y muy agradable tomando en cuenta el volumen de información obtenida.

2. Es importante elaborar una estrategia o plan de divulgación en el cual los resultados obtenidos en esta investigación puedan ser compartidos con diversas instancias – sitios en los cuales se realizó el estudio en el marco de los Determinantes Sociales de la Salud. Incluir en esta lógica de divulgación además a la Defensoría de los Habitantes para compartir los hallazgos.
3. Es importante profundizar en el documento y en las conclusiones - quiénes son esas personas que están migrando en este momento dado el recorte de tiempo analizado en el estudio, pues es importante poner rostro a esos jóvenes migrantes.
4. Compartir los hallazgos en una publicación científica ya que como comunidad académica es nuestra obligación divulgar lo que se hace en el marco de la investigación, lo que permite retroalimentar el quehacer de las diversas instituciones.

Una vez concluida la deliberación, el Tribunal integra a las personas sustentantes y realiza lectura de:

ARTÍCULO V

La persona que preside el Tribunal Examinador les comunica a las personas sustentantes el resultado de la deliberación (véase lo resuelto en el artículo IV).

Por lo tanto, se le **declara acreedor al grado de Licenciatura en Promoción de la Salud**.

Para finalizar el proceso formal respecto al TFG, se recomienda dar lectura a los requisitos que debe acompañar la versión final del TFG impreso, que están dispuestos en el Reglamento respectivo. Además, se informa que tiene 30 días hábiles para la presentación de los ejemplares en su versión escrita y que, de acuerdo con el artículo 27 del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, deben incorporar las recomendaciones del Tribunal que resulten pertinentes, lo cual, debe ser verificado por la persona directora del comité asesor.

Finalmente, se les informa de la obligación de presentarse al Acto Público de Juramentación, del que habrá convocatoria en forma oportuna, según fechas de la Administración Superior, momento en el que se le entregará el diploma.

A las 12 horas y 03 minutos, se levanta la sesión.



Nombre:

M.Sc Sylvia Vargas Oreamuno


Licda. Karol Rojas Araya

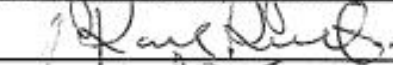
Dra. Ingrid Gómez Duarte


M.Sc María del Rocío Sáenz Madrigal

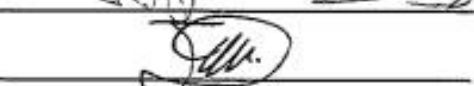
M.Sc José Daniel Rodríguez Arrieta

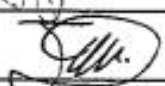
Firma:











Sustentante:

Bach. Roberto Luis Rodríguez Castillo

Bach. Wilmer Sancho Rojas

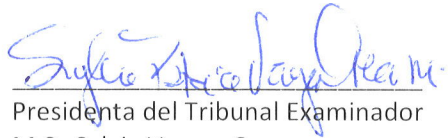




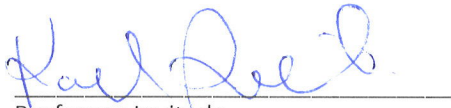
c Oficina de Registro
 Expediente
 Postulante

SELLO

Este trabajo final de graduación en modalidad Tesis fue aceptado por el tribunal examinador de la Escuela de Salud Pública, de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar por el grado de licenciatura.



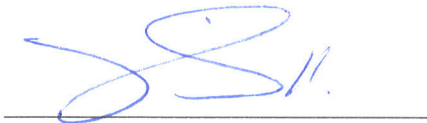
Presidenta del Tribunal Examinador
M.Sc Sylvia Vargas Oreamuno



Profesora Invitada
Licda. Karol Rojas Araya



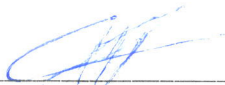
Directora de la Tesis de Graduación
Dra. Ingrid Gómez Duarte



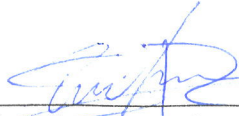
Lectora de la Tesis de Graduación
Mag. María del Rocío Sáenz Madrigal



Lector del Proyecto de Graduación
M.Sc José Daniel Rodríguez Arrieta



Bach. Roberto Luis Rodríguez Castillo
Estudiante



Bach. Wilmer Rojas Sancho
Estudiante

Derechos de propiedad intelectual

El contenido de la presente obra puede ser utilizado como referencia para fines investigativos, de acción social y/o académicos. Respetando la autoría de los sustentantes Roberto Luis Rodríguez Castillo y Wilmer Sancho Rojas, bajo el uso correcto de citas bibliográficas. Se recomienda utilizar la siguiente cita:

Rodríguez, R. & Sancho, W. (2022). *Acceso a los servicios de salud de las personas migrantes nicaragüenses de Upala y Desamparados que ingresaron a Costa Rica en el período 2018-2020: un análisis desde los Determinantes Sociales de la Salud*. (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Costa Rica.

Dedicatoria

Primeramente, a Dios por acompañarnos en todo el proceso y en cada uno de los desafíos que representó en este proyecto, por brindarnos la sabiduría, la paciencia y el entendimiento necesario para culminar esta tesis de licenciatura.

A nuestras familias, la familia Sancho-Rojas y la familia Rodríguez-Castillo por ser un pilar fundamental, por su apoyo incondicional y por su ejemplo.

Asimismo, queremos dedicar esta tesis al esfuerzo y arduo trabajo del equipo de investigadores, quienes lograron concluir con este trabajo de investigación a pesar de todas las adversidades que se presentaron en su desarrollo.

A todas aquellas personas que se vieron obligados a migrar de su país de origen para iniciar una nueva vida. A su valentía y perseverancia.

Y a todas las personas que creyeron en nosotros, este logro nos pertenece a todos.

Agradecimientos

Primeramente, al comité asesor, nuestra directora, Dra. Ingrid Gómez Duarte, por creer en esta iniciativa y demostrar interés desde el principio de este proceso de investigación.

A nuestros lectores, MSC. José Daniel Rodríguez y la Dra. Rocío Sáenz, por su apoyo incondicional, compromiso y acompañamiento en todo este proceso. De este comité asesor nos llevamos muchas enseñanzas y lecciones y reiteramos que estamos profundamente agradecidos por todo el acompañamiento brindado.

A las oficinas de los Centros Municipales para Migrantes de Upala y Desamparados, a Don Roberto Lemaitre y Antonio Jiménez Durán por todo el apoyo brindado durante el proceso de la propuesta y ejecución de este Trabajo Final de Graduación.

A los funcionarios de los servicios de Salud de Upala y Desamparados, por su apertura para colaborar y participar en este proceso y por la oportunidad de conocerlos a partir de sus experiencias y discursos.

A todas las personas migrantes nicaragüenses participantes de este estudio; por su apertura y por compartirnos un poco de sus experiencias de vida y confianza. Sin sus experiencias y participación este trabajo no hubiese sido posible.

A los profesores que conformaron el curso de Taller de investigación I y II en el año 2020, nuestra directora Dra. Ingrid Gómez Duarte, Dra. Laura Brenes Vásquez, Lic. Cristian Otey Águila, MSC. Romain Fantin y Dra. Gabriela Sibaja. Aunque este proyecto se visualizaba con muchas dificultades, debido a la emergencia nacional por el SARS-COVID 19, siempre nos apoyaron e impulsaron a llevarlo a cabo

A nuestros compañeros y compañeras de carrera, amigos y amigas que nos brindaron su apoyo en todo este proceso de aprendizaje. Gracias por siempre impulsarnos a ser mejores personas.

Tabla de contenido

| | |
|---|-------|
| Listado de siglas | xvi |
| Listado de Cuadros | xviii |
| Listado de tablas | xix |
| Listado de figuras | xxi |
| Introducción..... | 24 |
| Capítulo I..... | 26 |
| I. Antecedentes | 26 |
| A. Internacionales | 26 |
| 1. Barreras y facilitadores del acceso a servicios de salud | 27 |
| 2. Necesidades y barreras de la población migrante nicaragüense | 30 |
| 3. Oferta de servicios de salud | 31 |
| B. Regionales..... | 32 |
| C. Locales | 36 |
| 1. Ubicación geográfica y aspectos relacionados a trabajo, educación y salud | 38 |
| 2. Acceso a servicios de salud de población migrante nicaragüense | 39 |
| 3. Percepción de la población migrante nicaragüense en los servicios de salud de Costa Rica | 40 |
| II. Contextualización | 43 |
| A. Centros Municipales para Migrantes | 46 |
| B. Crisis política en Nicaragua, 2018..... | 48 |
| C. Servicios de salud | 51 |
| III. Planteamiento del problema | 53 |
| IV. Justificación..... | 54 |
| V. Pregunta de investigación..... | 57 |

| | | |
|--------------------|---|----|
| VI. | Objetivos..... | 58 |
| A. | Objetivo general | 58 |
| B. | Objetivos específicos..... | 58 |
| Capítulo II..... | | 58 |
| VII. | Marco teórico..... | 58 |
| A. | Salud Pública y Promoción de la Salud | 59 |
| B. | Determinantes Sociales de la Salud | 60 |
| C. | Servicios de salud | 68 |
| D. | Migración..... | 74 |
| Capítulo III | | 77 |
| VIII. | Metodología | 77 |
| A. | Diseño de investigación | 78 |
| B. | Sujetos participantes | 79 |
| C. | Criterios de selección de los participantes | 83 |
| D. | Técnicas e instrumentos de recolección de información | 85 |
| 1. | Entrevista Semiestructurada | 86 |
| 2. | La encuesta..... | 87 |
| E. | Cuadros de operacionalización de objetivo | 89 |
| F. | Procesamiento de datos | 89 |
| 1. | Procesamiento de datos cuantitativos | 90 |
| 2. | Procesamiento de datos cualitativos | 91 |
| G. | Análisis de Resultados..... | 92 |
| 1. | Análisis de datos cuantitativos | 92 |
| 2. | Análisis de datos cualitativos | 93 |
| 3. | Triangulación de resultados..... | 94 |

| | | |
|-------------|---|-----|
| H. | Consideraciones éticas..... | 95 |
| Capítulo IV | | 97 |
| IX. | Presentación de resultados..... | 97 |
| A. | Caracterización de la población migrante nicaragüense que asiste a los centros municipales para migrantes de Upala y Desamparados desde el modelo de “Desigualdades en Salud”..... | 100 |
| 1. | Contextualización sociodemográfica de los participantes de la investigación. ... | 100 |
| 2. | Determinantes Estructurales | 102 |
| 3. | Determinantes Intermedios | 110 |
| B. | Barreras y facilitadores del acceso a servicios de salud de las personas migrantes nicaragüenses que asisten a los Centros Municipales para Migrantes de Upala y Desamparados a partir del modelo “Cobertura Efectiva”..... | 122 |
| 1. | Disponibilidad del servicio | 123 |
| 2. | Accesibilidad del servicio..... | 127 |
| 3. | Aceptabilidad del servicio..... | 133 |
| 4. | Contacto con el servicio..... | 137 |
| 5. | Resultados de barreras emergentes | 146 |
| Capítulo V | | 148 |
| X. | Discusión de resultados | 148 |
| A. | Caracterización de la población migrante nicaragüense que asiste a los centros municipales para migrantes de Upala y Desamparados desde el modelo de “Desigualdades en Salud”..... | 148 |
| 1. | Determinantes estructurales..... | 148 |
| 2. | Determinantes intermedios | 154 |
| B. | Barreras y facilitadores del acceso a servicios de salud de las personas migrantes nicaragüenses que asisten a los Centros Municipales para Migrantes de Upala y Desamparados a partir del modelo “Cobertura Efectiva”..... | 162 |

| | | |
|-------------------|---|-----|
| 1. | Disponibilidad del servicio | 162 |
| 2. | Accesibilidad del servicio | 165 |
| 3. | Aceptabilidad del servicio..... | 170 |
| 4. | Contacto con el servicio..... | 174 |
| 5. | Discusión de barreras emergentes..... | 181 |
| Capitulo VI..... | | 184 |
| XI. | Integración de resultados y recomendaciones para fortalecer el acceso a servicios de salud | 184 |
| A. | Integración de los resultados de la caracterización de las personas migrantes nicaragüenses de Upala y Desamparados a las barreras y elementos facilitadores. | 184 |
| 1. | Cantón de Upala..... | 184 |
| 2. | Cantón de Desamparados..... | 200 |
| B. | Recomendaciones para fortalecer el acceso y la atención de las personas migrantes nicaragüenses de Upala y Desamparados en los servicios de salud costarricenses..... | 212 |
| 1. | Recomendaciones para mejorar el acceso de las personas migrantes nicaragüenses a los servicios de salud de la CCSS en el cantón de Upala..... | 213 |
| 2. | Recomendaciones para mejorar el acceso de las personas migrantes nicaragüenses a los servicios de salud de la CCSS en el cantón de Desamparados..... | 217 |
| Capitulo VII..... | | 221 |
| XII. | Conclusiones, limitaciones y recomendaciones | 221 |
| A. | Conclusiones | 221 |
| B. | Limitaciones..... | 227 |
| C. | Recomendaciones | 229 |
| XIII. | Bibliografía | 231 |
| XIV. | Anexos | 244 |
| | Anexo 1. Guía de entrevista semiestructurada dirigida a personas migrantes..... | 244 |

| | |
|---|-----|
| Anexo 2. Guía de entrevista semiestructurada a funcionarios de los servicios de salud. | 249 |
| Anexo 3. Guía de entrevista semiestructurada a funcionarios de los CMM..... | 253 |
| Anexo 4. Formulario dirigido a personas migrantes..... | 256 |
| Anexo 5. Cuadro de operacionalización de objetivos..... | 259 |
| Anexo 6. Lista de códigos utilizados en el proceso de codificación de formularios | 272 |
| Anexo 7. Lista de códigos utilizados en el proceso de codificación de entrevistas..... | 274 |
| Anexo 8. Consentimiento informado dirigido a personas migrantes..... | 275 |
| Anexo 9. Consentimiento informado dirigido a funcionarios de los servicios de salud y de Centros Municipales para Migrantes | 281 |
| Anexo 10. Cuadro resumen de elementos barrera y elementos facilitadores. | 287 |

Listado de siglas

| | |
|--------|---|
| AyA | Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados |
| ACNUR | Agenda de la ONU para los refugiados |
| ATAP | Asistente Técnico en Atención Primaria |
| BID | Banco Interamericano de Desarrollo |
| CCSS | Caja Costarricense del Seguro Social |
| CDS | Comisión de Determinantes Sociales de la Salud |
| CIDH | Corte Interamericana de Derechos Humanos |
| CMM | Centros Municipales para Migrantes |
| CNE | Comisión Nacional de Emergencias |
| DSS | Determinantes Sociales de la Salud |
| DGME | Dirección General de Migración y Extranjería |
| EBAIS | Equipos Básicos de Atención Integral en Salud |
| FONASA | Fondo Nacional de Salud |
| IDS | Índice de Desarrollo Social |
| IFAM | Instituto de Fomento y Asesoría Municipal de Costa Rica |
| IFIC | Fundación Internacional para la Atención Integrada |
| IMAS | Instituto Mixto de Ayuda Social |
| INA | Instituto Nacional de Aprendizaje |
| INAMU | Instituto Nacional de la Mujer |
| INEC | Instituto Nacional de Estadística y Censo |
| INS | Instituto Nacional de Seguros |
| IRS | Índice de Relevancia Smith |

| | |
|--------|--|
| MISI | Migrantes Internacionales en Situación Irregular |
| MPI | Instituto de Migración y Política |
| OCDE | Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico |
| OEA | Organización de los Estados Americanos |
| OIM | Organización Internacional para las Migraciones |
| ONU | Organización de las Naciones Unidas |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| PANI | Patronato Nacional de la Infancia |
| PEP | Permiso Especial de Permanencia |
| SICPyC | Servicios Integrados y Centrados en las Personas y Comunidades |
| UCR | Universidad de Costa Rica |
| VIH | Virus de Inmunodeficiencia Humana |

Listado de Cuadros

| | |
|--|-----|
| Cuadro 1. Resumen de integración de resultados de la caracterización de la población migrante nicaragüense a las barreras de la dimensión de disponibilidad de los servicios de salud, cantón de Upala..... | 185 |
| Cuadro 2. Resumen de integración de resultados de la caracterización de la población migrante nicaragüense a las barreras de la dimensión de accesibilidad de los servicios de salud, cantón de Upala..... | 188 |
| Cuadro 3. Resumen de integración de resultados de la caracterización de la población migrante nicaragüense a las barreras de la dimensión de aceptabilidad de los servicios de salud, cantón de Upala..... | 192 |
| Cuadro 4. Resumen de integración de resultados de la caracterización de la población migrante nicaragüense a las barreras de la dimensión de contacto con los servicios de salud, cantón de Upala. | 195 |
| Cuadro 5. Resumen de integración de resultados de la caracterización de la población migrante nicaragüense a las barreras de la dimensión de disponibilidad de los servicios de salud, cantón de Desamparados..... | 201 |
| Cuadro 6. Resumen de integración de resultados de la caracterización de la población migrante nicaragüense a las barreras de la dimensión de accesibilidad de los servicios de salud, cantón de Desamparados..... | 203 |
| Cuadro 7. Resumen de integración de resultados de la caracterización de la población migrante nicaragüense a las barreras de la dimensión de aceptabilidad de los servicios de salud, cantón de Desamparados..... | 207 |
| Cuadro 8. Resumen de integración de resultados de la caracterización de la población migrante nicaragüense a las barreras de la dimensión de contacto con los servicios de salud, cantón de Desamparados. | 210 |

Listado de tablas

| | |
|--|-----|
| Tabla 1. Distribución absoluta de participantes de la investigación de Upala y Desamparados, San José, 2021..... | 98 |
| Tabla 2. Distribución absoluta y porcentual de los distritos de procedencia de las personas migrantes nicaragüenses participantes del cantón de Upala, Alajuela, 2021. | 100 |
| Tabla 3. Distribución absoluta y porcentual de los distritos de procedencia de las personas migrantes nicaragüenses participantes del cantón de Desamparados, San José, 2021..... | 100 |
| Tabla 4. Distribución absoluta y porcentual de rangos de edad de las personas migrantes nicaragüenses participantes de los cantones de Upala y Desamparados, 2021..... | 101 |
| Tabla 5. Distribución absoluta y porcentual del estado civil de las personas migrantes nicaragüenses participantes de los cantones de Upala y Desamparados, 2021..... | 102 |
| Tabla 6. Distribución absoluta y porcentual de rangos de ingresos mensuales de las personas migrantes nicaragüenses participantes de los cantones de Upala y Desamparados, 2021. | 103 |
| Tabla 7. Distribución absoluta y porcentual de rangos de último nivel educativo alcanzado por las personas migrantes nicaragüenses participantes de los cantones de Upala y Desamparados, 2021..... | 104 |
| Tabla 8. Distribución absoluta y porcentual ocupaciones de las personas migrantes nicaragüenses participantes de los cantones de Upala y Desamparados, 2021..... | 105 |
| Tabla 9. Distribución absoluta y porcentual de los años de ingreso al país de las personas migrantes nicaragüenses participantes de los cantones de Upala y Desamparados, 2021. | 108 |
| Tabla 10. Distribución absoluta y porcentual de condición de la vivienda de las personas migrantes nicaragüenses participantes de los cantones de Upala y Desamparados, 2021. | 110 |
| Tabla 11. Distribución absoluta y porcentual de prevalencia de enfermedades no transmisibles de las personas migrantes nicaragüenses participantes de los cantones de Upala y Desamparados, 2021. | 115 |
| Tabla 12. Distribución absoluta y porcentual de consumo de alcohol y tabaco de las personas migrantes nicaragüenses participantes de los cantones de Upala y Desamparados, 2021. | 116 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 13. Distribución absoluta y porcentual de práctica y frecuencia práctica de actividad física de las personas migrantes nicaragüenses participantes de los cantones de Upala y Desamparados, 2021..... | 117 |
| Tabla 14. Distribución absoluta y porcentual de tipos de servicios de salud utilizados por las personas migrantes nicaragüenses participantes de los cantones de Upala y Desamparados, 2021..... | 119 |

Listado de figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1. Forma final del marco conceptual de la comisión de Determinantes Sociales de la Salud. | 62 |
| Figura 2. Modelo de Cobertura Efectiva. | 73 |

Ficha bibliográfica

Título: Acceso a los servicios de salud de las personas migrantes nicaragüenses de Upala y Desamparados que ingresaron a Costa Rica en el período 2018-2020: un análisis desde los Determinantes Sociales de la Salud.

Autores: Roberto Luis Rodríguez Castillo & Wilmer Sancho Rojas.

Unidad académica: Salud Pública.

Título al que se opta: Licenciatura en Promoción de la Salud

Directora del Trabajo Final de Graduación: Dra. Ingrid Gómez Duarte.

Descriptores: Promoción de la Salud, Migración, Determinantes de la salud, Servicios de Salud, Upala, Desamparados, Migrantes Nicaragüenses, Cobertura efectiva.

Resumen

Objetivo General: Analizar el acceso a servicios de salud desde el marco de los Determinantes Sociales de la Salud de las personas migrantes nicaragüenses que asisten a los Centros Municipales para Migrantes de Upala y Desamparados e ingresaron a Costa Rica en el periodo 2018-2020.

Metodología: El estudio se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, de tipo descriptivo, en el cual se aplicaron un total de 72 formularios y 20 entrevistas semi estructuradas a personas migrantes nicaragüenses y 8 entrevistas semiestructuradas a funcionarios de los Centros Municipales para Migrantes y de los Servicios de salud del cantón de Upala y Desamparados.

Principales resultados: Se observa que existen diferencias entre las características de las personas migrantes de Upala y Desamparados, siendo estas más evidentes en los temas de ingreso, educación y ocupación. Según la perspectiva de las personas migrantes, la principal barrera de acceso a servicios de salud es la tenencia de seguro médico y documentos de identidad al día. Esto por que el seguro médico es requisito para mantener el estatus migratorio regular y viceversa y porque existe un bajo conocimiento por parte de la población migrante nicaragüense sobre el funcionamiento del sistema de salud y sobre sus derechos y deberes. Por último, se logró identificar que las barreras y facilitadores son multicausales, posibles de describir a partir de las características de las personas migrantes. Las principales recomendaciones para fortalecer el acceso a los servicios de salud son: (1) trabajar sobre los procesos complejos para el aseguramiento y trámites migratorios y (2) la capacitación del personal para un mejor manejo de las necesidades en salud de las personas migrantes usuarias de los servicios de salud.

Conclusiones: El análisis de la dinámica de acceso a servicios de salud requiere un acercamiento integral que considere los Determinantes Sociales de la Salud y que permita, a partir de las vivencias de los usuarios, la identificación de barreras y elementos facilitadores, con el fin de trabajar sobre dichas barreras y fortalecer los elementos facilitadores de acceso a servicios de salud.

Introducción

El presente Trabajo Final de graduación (TFG) para optar por el grado de Licenciatura en Promoción de la Salud analiza el acceso a servicios de salud desde el marco de los Determinantes Sociales de la Salud de las personas migrantes nicaragüenses que asisten a los CMM de Upala y Desamparados que ingresaron a Costa Rica en el período 2018-2020.

Se eligió la modalidad de tesis de investigación para generar conocimiento acerca de los distintos factores que influyen en el acceso a servicios de salud. Para llevar esto a cabo, se dará la integración de dos modelos teóricos que permitirán delimitar el campo de acción tanto teórica como metodológicamente.

Según Acuña (2005), Costa Rica, a lo largo de su historia, se ha destacado como un destino atractivo para los emigrantes nicaragüenses debido a la cercanía geográfica, la capacidad del mercado laboral costarricense, entre otras. Resulta importante estudiar cómo es el acceso a los servicios de salud de estas personas para conocer las principales causas, consecuencias y las condiciones en las cuales se da el uso de los servicios

Desde la promoción de la salud, un análisis desde los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) brindará insumos teóricos, metodológicos y empíricos para abordar las condiciones de vida de las personas migrantes.

Para llevar a cabo esta investigación, se tomaron dos modelos teóricos: el modelo de “Desigualdades en Salud” (Solar e Irwin, 2010), el cual especifica los DSS que inciden en las desigualdades en salud; y el modelo de “Cobertura efectiva” de Tanahashi (Hirmas et al., 2013), el cual provee diferentes aspectos de la provisión de servicios de salud y de las poblaciones para examinar la equidad en el acceso a la atención sanitaria.

Esta investigación está constituida por cinco capítulos distribuidos de la siguiente manera: una recopilación de antecedentes a nivel internacional, regional y local en materia de migración y salud, los cuales permiten contextualizar la situación de las personas migrantes nicaragüenses y de los diferentes actores involucrados (la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), los CMM) y, por último, una contextualización de la crisis política en Nicaragua, durante el periodo abordado en este estudio.

El capítulo dos presenta el marco teórico, el cual reúne los conceptos y teorías relacionadas al objeto de estudio. Está estructurado en cuatro principales áreas temáticas: Salud Pública y Promoción de la salud, DSS, servicios de Salud y Migración.

El capítulo tres integra todos los aspectos metodológicos de la propuesta: el diseño de investigación, sujetos participantes, selección de participantes, técnicas e instrumentos de recolección de información, consideraciones éticas y otras consideraciones necesarias para el tratamiento de los datos y el análisis de la información.

En el capítulo cuatro se presenta la discusión de resultados obtenidos. Se describen las principales características de la población migrante nicaragüense participante, además de la descripción de barreras y facilitadores de acceso a servicios de salud de esta población, y la integración de estos elementos para el entendimiento de la dinámica de acceso a los servicios de salud.

Por último, el capítulo seis, responde a todas las conclusiones, recomendaciones y limitaciones derivadas del desarrollo de este TFG.

Capítulo I

I. Antecedentes

El presente estudio posee un enfoque en el acceso a servicios de salud de grupos de personas migrantes que tuvieron que movilizarse de un país a otro. Para este caso, se tomarán en cuenta aquellos estudios que sean afines al fenómeno migratorio de las personas migrantes nicaragüenses en Costa Rica, las cuales ingresaron en el periodo 2018-2020.

En el período 2018 al 2020, transcurre una crisis política en Nicaragua que inicia cuando el pueblo nicaragüense se manifiesta por reformas al sistema de seguridad social. La respuesta del gobierno se caracterizó por un conjunto de actos violentos que desencadenaron nuevas manifestaciones en todo el país. A raíz de estos actos, se generó una movilización de personas nicaragüenses hacia Costa Rica, lo cual representaría un posible incremento en la demanda de servicios públicos, incluyendo el acceso a servicios de salud.

Por consiguiente, es necesario conocer qué se ha estudiado acerca de la situación referente a acceso de servicios de salud de las personas migrantes y cuáles han sido sus principales resultados y recomendaciones, lo cual permite nutrir más el presente estudio con los diversos resultados obtenidos en otras investigaciones.

El presente apartado expone estudios e investigaciones, con la información recopilada y categorizada en el plano internacional, regional y local.

A. Internacionales

En el plano internacional, se logran identificar estudios realizados que explican el acceso a servicios de salud de las personas migrantes desde diversas aristas como: barreras y elementos facilitadores de acceso a servicios de salud (Hirmas et al., 2017, Fuentes, 2017, Arredondo & Tenorio, 2018 y Alarcón et al., 2018), necesidades y barreras en salud de las personas migrantes (Acosta et al., 2018) y oferta de servicios de salud (Cabieses & Larenas, 2019).

A continuación, se detallan estas investigaciones encontradas y su relación con el presente estudio de investigación enfocado en el modelo de DSS de “Desigualdades en Salud” de Solar & Irwin, 2010.

1. Barreras y facilitadores del acceso a servicios de salud

El estudio realizado por Hirmas et al., en el año 2013, tenía como objetivo determinar si las barreras y los elementos facilitadores de acceso a la atención de salud son transversales a distintas poblaciones, países y patologías. Pretende identificar en qué etapas del proceso de acceso a la atención sanitaria se presentan con más frecuencia (Hirmas et al., 2013). Fue un estudio realizado por medio de una revisión sistemática. Entre sus principales resultados, se lograron identificar 230 barreras y 35 facilitadores en países con diferentes contextos y grado de desarrollo (Hirmas et al, 2013).

Las 230 barreras se clasificaron mediante el modelo de “Cobertura Efectiva” de Tanahashi, donde se identificó que 87 correspondieron a la dimensión de aceptabilidad, 67 a accesibilidad, 51 a contacto y 25 a disponibilidad. Considerando el total de las barreras identificadas, las que aparecieron con mayor frecuencia fueron: costo de medicamentos, consultas médicas y exámenes, temor o vergüenza al atenderse en un servicio de salud, desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito y estigma social, creencias y mitos (Hirmas et al, 2013).

Por otra parte, de los 35 facilitadores identificados destacan: contar con redes de apoyo social, el valor asignado a la atención de salud para reducir riesgos y complicaciones, adaptación de los servicios al paciente y programas de manejo de la enfermedad, comunicación médico-paciente y calidad de la relación entre ambos, aceptación del diagnóstico, contar con recordatorios para el tratamiento y confianza en los tratamientos (Hirmas et al, 2013). Además, se concluyó que las barreras y elementos facilitadores identificados están socialmente determinados y la mayoría son expresiones de inequidades sociales que existen en los diferentes países (Hirmas et al., 2013).

Este resultado es uno de los más relevantes para la presente investigación ya que permite validar el marco de los DSS como medio para la identificación de barreras y facilitadores de acceso a servicios de salud. En los resultados de este estudio se puede

observar la aparición de elementos que responden a DSS. Desde la visión de Solar e Irwin (2010), se identifican en las barreras y facilitadores **determinantes estructurales** en los **valores y cultura**, que se reflejan en los mitos y creencias de los usuarios, o bien, al determinante del ingreso (en la barrera relacionada al costo de los medicamentos). Asimismo, se evidencian **determinantes intermedios** como la **cohesión social** y el mismo **servicio de salud**, presentes en las barreras y facilitadores del acceso a servicios de salud.

Fuentes (2017) realizó un acercamiento teórico a la temática de acceso a servicios de salud que permitió un desarrollo de las diferentes concepciones de acceso a servicios de salud mediante una aproximación crítica. Este estudio permitió identificar que la realidad del funcionamiento de los sistemas de salud dependerá de los problemas relativos al sistema de prestaciones. Además, pueden existir variables externas, las cuales, en este caso, puedan estar favorecer o limitar la existencia de barreras de acceso a los servicios sanitarios (Fuentes, 2017).

Respecto a estas variables externas al sistema de prestaciones, Fuentes (2017) menciona aquellas que el usuario debe rebasar antes de recibir la atención médica: tiempo de viaje, de espera, pago de servicios, entre otros. Entretanto, existen las relacionadas de manera más directa con las características de los servicios una vez que se ha conseguido entrar en el sistema, como: el proceso de referencia y contrarreferencia y el trato oportuno (Fuentes, 2017).

En este estudio también se puede identificar la participación del **determinante estructural** del **ingreso** y los **determinantes intermedios** relacionados al **mismo servicio de salud** y las **circunstancias materiales** en la aparición de barreras y facilitadores del acceso a servicios de salud.

Por otro lado, en el año 2018, se llevó a cabo un estudio por Arredondo & Tenorio (2018) que tenía como objetivo analizar los aspectos que afectan la utilización de servicios de salud de migrantes mexicanos en Estados Unidos. Para llevar a cabo este estudio, los investigadores se basaron en el modelo de Andersen de servicios de salud. Concluyeron que la accesibilidad entre migrantes y nativos estadounidenses se asocia a barreras culturales, idiomáticas, situación de legalidad o no en el país de acogida, y

desconocimiento del sistema sanitario por parte de los inmigrantes. En este sentido, sugieren que el idioma, la manera de expresarse, el concepto de enfermedad y de salud, o la religión, pueden afectar a los procesos de atención sanitaria (Arredondo & Tenorio, 2018).

Este estudio permite visualizar la participación que posee el **determinante estructural** referente a la **etnia** en la creación directa e indirecta de barreras en el acceso a servicios de salud, ya sea por medio de requisitos referentes a su estatus migratorio o por diversos elementos que se puedan presentar en el proceso de atención dentro de un servicio de salud. Posteriormente, en el año 2018 se llevó a cabo un estudio exploratorio, transversal, descriptivo y cuali-cuantitativo por Alarcón et al., con el objetivo de determinar las condiciones de acceso y cobertura de los servicios de salud de medicina familiar y atención primaria para la población migrante en Iberoamérica.

Como resultados principales de este estudio destaca que los motivos por los que las personas emigran en Iberoamérica son seis: cuestiones económicas y laborales, reunión familiar, cuestiones políticas, conflictos bélicos, estudios y factores ambientales (Alarcón et al., 2018). También, se identifica que en la mayor parte de los países como Colombia, Chile, Uruguay, Paraguay y Venezuela se brinda atención médica a los inmigrantes en caso de emergencia médica o quirúrgica, aún en caso de situación irregular, y quedan cubiertos los gastos a cargo del Estado (Alarcón et al., 2018).

Por último, se identifica que la atención del migrante irregular que no puede pagar el servicio en países como Argentina, Brasil, Ecuador, Nicaragua y Paraguay, la atención médica es gratuita. En Panamá puede brindarla de esta manera solo en los albergues, mientras que Chile y Uruguay lo hacen sólo en los casos de estar afiliados al Fondo Nacional de Salud (FONASA). Colombia y España solo si se trata de emergencias médicas o gineco-obstétricas (Alarcón et al., 2018).

Este estudio denota la presencia de **determinantes estructurales** en las razones por las cuales las personas emigran, son: el **ingreso**, **educación** y **políticas sociales** y posteriormente involucra en gran término el **determinante intermedio** referente al **servicio de salud** en el acceso al mismo que pueda presentar la persona migrante. Con base en estos artículos, se puede identificar que el acceso a servicios de salud de las

personas migrantes está condicionado por diferentes factores como el estatus migratorio, barreras culturales, temor, estigma social, estructuración del servicio, tipo de emergencia médica, entre otros; elementos señalados por los estudios que se encuentran directamente relacionados **con DSS estructurales e intermedios**.

2. Necesidades y barreras de la población migrante nicaragüense

Además de los antecedentes mencionados, se rescatan estudios con que identifican las necesidades de poblaciones migrantes. Un estudio llevado a cabo por Acosta et al. en el 2018 tenía como principal objetivo identificar las necesidades de salud percibidas por los migrantes desde Venezuela en el asentamiento de Villa Caracas – Barranquilla.

Dentro de los resultados de esta investigación, se encontró que el total de los migrantes venezolanos participantes del estudio no tenían permiso especial de permanencia (PEP), ni cédula de extranjería, ni pasaporte sellado, por lo que se consideraron migrantes irregulares. Además, las principales necesidades identificadas fueron alcantarillado, agua potable, fluido eléctrico, problemas de inseguridad, gas e infraestructura vial (Acosta et al., 2018).

Además, en dicha investigación, se identificaron deficiencias en los sitios donde asisten las personas del asentamiento cuando se encuentran enfermas. El 95% de las personas manifestaron que no habían recibido atención, por la falta de vinculación al sistema general de seguridad social en salud. Esto resalta la percepción de estigmatización por ser de nacionalidad venezolana. Las respuestas en el listado fueron “no, por ser venezolano”, “no nos atienden por ser venecos” “ni nos miran por ser venezolanos” (Acosta et al., 2018).

Este artículo permite evidenciar cómo las personas migrantes poseen diferentes necesidades con respecto a servicios. Algunos, como el agua potable y el alcantarillado, están relacionados indirectamente con la salud de esta población y se encasillan dentro de los **determinantes intermedios**, específicamente el relacionado con las **circunstancias materiales**. Además, se identifica un tema de vinculación al sistema de seguridad social

en salud, el cual condiciona el acceso a los servicios de salud y se complementa con una estigmatización de nacionalidad, relacionada al **determinante estructural** de la **etnia**.

3. Oferta de servicios de salud

Finalmente, a nivel internacional se identifica un artículo relacionado con la oferta de servicios de salud para la población migrante. El estudio se desarrolló en el año 2018 por Cabieses & Larenas y tenía como objetivo identificar y describir iniciativas que aborden el acceso a los servicios de salud en población migrante en situación irregular (MISI).

Dentro de los resultados destacan la identificación de 31 iniciativas (Cabieses & Larenas,

2019):

- Seis contemplaron acciones a nivel de la autoridad sanitaria.
- Quince contemplaron acciones de nivel primario.
- Doce contemplaron acciones de nivel secundario.
- Dieciséis contemplaron acciones de nivel terciario.

Las prestaciones más frecuentes fueron:

- Doce iniciativas en servicios de emergencia o urgencia.
- Siete iniciativas en servicios de especialidad médica.
- Cinco iniciativas en acciones de prevención.
- Cuatro iniciativas en acciones de salud comunitaria.
- Cuatro iniciativas en chequeo médico.
- No se hallaron prestaciones de salud sexual y reproductiva ni de rehabilitación para los MISI.

De estas iniciativas, se identifica que, en términos de accesibilidad financiera, hay unas que ofrecen esquemas de cobertura o servicios específicos a bajo costo. Otras son totalmente gratuitas y existen iniciativas que proponen eliminar el financiamiento público para los MISI. En California, por ejemplo, se evaluó la implementación hipotética de una norma que elimina el financiamiento público de la atención prenatal para los MISI (Cabieses & Larenas, 2019).

Este artículo permite visualizar la oferta de servicios de salud que se brinda a las personas migrantes en diferentes países. Además, identifica la accesibilidad financiera requerida para acceder a dichos servicios, lo cual se encuentra estrechamente relacionado con los DSS, en los que interactúan tanto el **determinante estructural** referido al **ingreso** y el **determinante intermedio** relacionado al servicio de salud como tal.

B. Regionales

En el plano regional, se lograron identificar estudios de la Organización Mundial para las Migraciones (OIM) que tratan directamente temas de migración, relacionados con la población nicaragüense. A continuación, se especifican dichos informes.

En primera instancia, la OIM desarrolla, en el año 2016, el “Informe regional sobre determinantes de la salud de las personas migrantes retornadas o en tránsito y sus familias en Centroamérica”. Este informe destaca que la salud de la población migrante no ha sido, hasta el momento, un tema prioritario para el desarrollo de políticas estatales en la región centroamericana y en México, lo cual contribuye a que los sistemas nacionales de información sanitaria no desagregan estadísticas de manera que se pueda realizar un análisis minucioso y riguroso sobre el tema (OIM, 2016). No obstante, por medio del análisis de la información recopilada en los informes nacionales desarrollados en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua en torno a las condiciones de salud de las personas migrantes, su acceso a los servicios y los riesgos y vulnerabilidades específicos a la migración, el informe logra mostrar los siguientes resultados:

Investigaciones realizadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han determinado que los principales padecimientos que presenta esta población son el VIH, la tuberculosis, problemas derivados del abuso sexual y de la prostitución. Además, casos de embarazos no planificados, adicciones, problemas de salud mental, intoxicaciones, cáncer en la piel y malformaciones genéticas debido al contacto con sustancias químicas, envejecimiento prematuro, problemas musculares, de vías respiratorias, gastrointestinales, desnutrición, discapacidad, diabetes mellitus asociada al estrés y al cambio de alimentación y enfermedades respiratorias, entre otros (OIM, 2016).

Se identifica que este resultado, desde una visión del modelo de “Desigualdades en Salud”, de Solar & Irwin, se enmarca en los **determinantes intermedios**, específicamente en el determinante de **factores conductuales y biológicos**. Los componentes de este determinante van a incidir en otros determinantes intermedios como el mismo **servicio de salud**. Además, se identifica que las condiciones de salud de la población migrante en el país destino están influidas por su situación migratoria, las redes familiares o sociales de apoyo a las que recurren, las condiciones de su inserción laboral y las condiciones de su retorno, así como decisiones individuales y sus propias condiciones de salud (OIM, 2016).

A partir de los estudios realizados en cada país, se identifica la continua relación de gran parte de las y los migrantes con las familias en el país de origen, facilitada en la actualidad por los avances en las tecnologías de comunicación, las cuales crean una relación de doble vía en la cual la población migrante influye en sus familias y estas, a su vez, mantienen lazos culturales y emotivos con sus parientes (OIM, 2016).

Estos resultados denotan la interacción de **determinantes estructurales e intermedios** en la salud de la población migrante. Dentro de los estructurales que se evidencian a partir de estos resultados se encuentran: el **contexto socioeconómico y político** y la **etnia**. Asimismo, se evidencia cómo los determinantes intermedios de **cohesión social, circunstancias materiales** y los **factores conductuales y biológicos** se encuentran muy presentes en la situación de salud de las personas migrantes.

Finalmente, con respecto a la experiencia de la población que volvió a Nicaragua a lo largo del ciclo migratorio, se determinó que el acceso a los servicios de salud es limitado en los países de destino. La cultura y el estatus migratorio son los principales motivos por los cuales no consultaron el sistema de salud. Además, se identificó que esta población experimenta diversos grados de discriminación por razones de raza, cultura y situación migratoria, sea por autoridades del país de destino u otras personas de dicha comunidad (OIM, 2016). Este resultado denota la relevancia que posee el **determinante estructural** de la **etnia** en el acceso a servicios de salud por parte de los migrantes en los países destino, lo cual puede influir en aspectos de acceso relacionados al estatus migratorio o bien en la generación de xenofobia, que dificulta la atención adecuada en un servicio de salud.

Posteriormente, el segundo informe identificado a nivel centroamericano, de la OIM en el año 2015, desarrolla un estudio denominado “Perfil de la salud de las personas migrantes en Nicaragua”, con el propósito de generar conocimientos sobre la salud de las personas migrantes y sus familiares. Esto para promover un abordaje integral e inclusivo del tema y ofrecer recomendaciones para la respuesta a las necesidades que presentan estas poblaciones, todo esto desde un enfoque de DSS. El estudio menciona que Nicaragua se caracteriza por ser un país de emigración, estimándose los nacionales en el exterior a 800 mil personas; es decir, más del 10% de la población nacional. El destino principal de los emigrantes es Costa Rica, con una proporción mayor al 50% con respecto a los emigrantes totales (OIM, 2015).

Dentro de los resultados principales, se encuentra que las personas migrantes son personas jóvenes, quienes, a partir de los 20 años, en promedio, toman la decisión de salir del país en busca de nuevas oportunidades de desarrollo personal. Muchos no logran obtener la total regularización en el país de destino y esta situación contribuye a vulnerar los derechos de las personas migrantes y se limita el acceso a los servicios básicos, incluidos los de salud (OIM, 2015).

También, se identificó que el mayor porcentaje de encuestados(as) declararon que, quienes han emigrado de sus familiares son las madres, los hijos(as). Esto induce a

pensar que el incremento de la migración de mujeres es un hecho y, por tanto, la organización del hogar adquiere nuevos roles (OIM, 2015).

Este resultado evidencia la presencia del **determinante estructural**, referente al **género** en la emigración de las personas migrantes nicaragüenses. Por lo tanto, resultaría interesante conocer si este mismo determinante posee presencia en el acceso a los servicios de salud por parte de esta población.

El estudio también indica que el ingreso de las familias de migrantes es bastante precario. Solamente el 8,3% está en el rango de ingreso de C\$10,000-C\$15,000 córdobas, lo cual permite el acceso a la canasta básica; las remesas serían los únicos ingresos para la mayoría de las familias de migrantes (OIM, 2015).

A pesar de que este resultado refiere a la población que se encuentra aún en el propio país, permite identificar que las personas migrantes envían parte de sus ingresos a sus familiares que aún están en el país de procedencia; por ende, existe una afectación en el **determinante intermedio** del **ingreso** de las personas migrantes.

En cuanto a la patología más común de la población migrante nicaragüense, se identifica que la relación de estabilidad emocional con la obtención del trabajo (y, por ende, de ingresos) es muy alta. Para la población migrante, más que miedo a enfermarse, el miedo es a no tener trabajo; la depresión afecta principalmente a las familias de migrantes (15,4%) y a quienes regresan cuando residían en el extranjero. Además, se identifica que las afectaciones respiratorias son las que padecieron los migrantes de manera relevante durante su estadía en el exterior (41,9%) (OIM, 2015).

Este resultado, aparte de señalar aspectos importantes del **determinante intermedio**, relacionado con los **factores conductuales y biológicos**, denota la presencia de un **determinante intermedio**, como los **factores psicosociales**, y cómo estos pueden llegar a influir en el acceso a servicios de salud de la población migrante.

Finalmente, se identifica que los temores y el desconocimiento general de la oferta limitan la demanda de los servicios de salud para los migrantes. La situación de irregularidad en el país de residencia determina el acceso a los servicios sociales y de

salud. Además, los costos de los servicios pueden afectar su uso por parte de la población migrante o bien a la carencia de seguridad social (OIM, 2015).

Por medio de ambos informes de la OIM se logra identificar características sociodemográficas y de salud correspondientes a **determinantes estructurales e intermedios** de las personas migrantes nicaragüenses, tanto para Costa Rica como a nivel centroamericano. Esto permite tener un mayor conocimiento de la temática y una fuerte fuente de información que permitirá contrastar posibles resultados que se generen del presente estudio.

C. Locales

En Costa Rica se han realizado diferentes estudios para identificar las características de las personas migrantes nicaragüenses, en relación con los servicios de salud y el impacto a la seguridad social del país. Entre los principales resultados de los antecedentes locales, se lograron identificar estudios relacionados a contextualización sociodemográfica como Acuña (2005) y el Instituto de Fomento y Asesoría Municipal (IFAM) (2019). Por otro lado, se lograron identificar estudios que abordan diferentes aspectos de los servicios de salud como la percepción del servicio, principales variables, entre otros.

Para la introducción de los antecedentes locales se debe introducir el tema de derecho y consideraciones importantes sobre las diferentes leyes, reglamentos y otros instrumentos políticos asociados con el acceso a servicios de salud en Costa Rica.

Al hablar de derecho a la salud es necesario partir de los derechos humanos. En cuanto a la población migrante, ninguna de sus condiciones debe ser una limitante para gozar de sus derechos humanos. La no discriminación junto con la igualdad, son elementos constitutivos de un principio básico de equidad y universalidad de los servicios de salud públicos. Por otro lado, los Estados deben respetar los derechos humanos y garantizar su ejercicio y goce a toda persona que se encuentre en su territorio, sin discriminación alguna por su regular o irregular estancia, nacionalidad, raza, género o cualquier otra causa (IPPHD & OIM, s.f.). La situación de regularidad o irregularidad de un migrante en su país de destino puede tener consecuencias graves o representar limitantes en la

mayoría de los casos para que las personas puedan acceder a un sistema de seguridad social.

En Costa Rica, según Mora & Guzmán (2018) existen cuatro maneras para que una persona migrante pueda acceder al sistema público de salud:

1. Seguro directo (por pago de planilla/asalariados) o seguro voluntario (por cuenta propia), en ambos sujetos a estatus regular de migración.
2. Seguro indirecto (a través de un familiar, sujeto a estatus regular de migración).
3. Seguro universal (para menores de seis años, sin importar el estatus migratorio).
4. Seguro de estudiante (para menores de 18 años, sin importar el estatus migratorio).
(Mora & Guzmán, 2018, p.28).

El seguro de estudiante no requiere estatus migratorio regular; el seguro por parte del Estado sí lo requiere. Los menores de edad siempre estarán cubiertos por el Código de la Niñez, pues, en el artículo 41, se establece que en los centros o servicios públicos de prevención y atención de la salud quedarán obligados a prestar, en forma inmediata, el servicio que esa población requiera, sin discriminación de raza, género, condición social o nacionalidad (Código de la niñez y adolescencia de Costa Rica, 1998).

Para poder acceder a cualquiera de estas modalidades, es necesario contar con un estatus migratorio “regular” y estar al día con las obligaciones contributivas. En el caso de población migrante “irregular”, para acceder a la seguridad social es necesario llegar a un estatus migratorio de “legalidad”. En el caso de la población en estatus de refugio, por derecho internacional, se establece que estos deben tener acceso a los servicios de salud equivalentes a los derechos de la población de acogida (ACNUR, s.f.).

Por otra parte, la “Ley General de Salud” (Ley 5395, 1974), en el art. 1, se especifica que “La salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado”. En este caso, se logra destacar que la salud es entendida como un bien de interés público para todos los habitantes del país sin hacer distinción alguna. Esto refuerza el derecho a la salud que poseen todas las personas, sin importar su sexo, edad, raza, nacionalidad o

bien su situación de regularidad o irregularidad de permanencia en el país que se encuentre para el caso de las personas migrantes.

1. Ubicación geográfica y aspectos relacionados a trabajo, educación y salud

Un estudio publicado por Acuña en el 2005, en Costa Rica, realiza una contextualización de las problemáticas asociadas a las poblaciones móviles y migrantes. Uno de sus grandes resultados es la identificación de “cuellos de botella” para el abordaje de temáticas relacionadas a salud en esta población. Los resultados estuvieron estructurados en 3 dimensiones:

- Migración y trabajo.
- Migración y educación.
- Migración y salud.

Se puede observar que cada una de estas áreas responden a características de la población y es posible relacionarlas con el modelo de “Desigualdades en Salud” de Solar e Irwin (OMS, 2019). Para fines de la presente investigación estas tres dimensiones se considerarán como elementos presentes en la caracterización de la población a estudiar.

El estudio de Acuña (2005) identifica que gran parte de la población nicaragüense en Costa Rica tiende a ubicarse en la Región Central, Atlántica y Norte del país. Esto se debe a que en estas zonas existe una alta demanda laboral en actividades productivas asociadas al sector primario. Además de esto, logró identificar que esta población experimenta desventajas, debido a que se desarrollan en puestos poco calificados y mal remunerados en comparación con la población costarricense.

La dimensión “migración y educación” se encuentra relacionada con los **determinantes estructurales**, sobre todo el tema de **educación**. Uno de los resultados más relevantes es el aumento de alumnos extranjeros en la educación regular. Entre el año 1998 y 2001 el número de estudiantes se duplicó: pasó de 23.382 a 40.944. De estos, los estudiantes nicaragüenses constituían entre un 75% al 82% (Acuña, 2005, p.17). Este resultado evidencia el contexto histórico de la migración de nicaragüenses a Costa Rica.

En temas de “migración y salud” se identifican estas características en los **determinantes intermedios** y en el resultado del modelo de “Desigualdades en Salud”. Dicho resultado plantea cómo los determinantes estructurales e intermedios impactan en la equidad en salud y en el bienestar de las personas.

Uno de los resultados más relevantes menciona que “el 76% de las personas extranjeras en Costa Rica están cubiertas por el seguro social, sean en forma directa, por ser familiar o pensionado, este porcentaje baja cuando se analiza la situación de la población migrante de origen nicaragüense.” (Acuña, 2005, p.20.). Además, logra identificar la existencia de barreras de acceso como problemas con la documentación, condiciones de contratación y el contexto de xenofobia que viven estas personas.

Por otro lado, según el Censo Nacional de Población, realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) (2000) (mencionado en Acuña, 2005), el 40,5% de la población nacida en Nicaragua que reside en Costa Rica no se encuentra afiliada al seguro social. Asimismo, el censo realizado por el INEC en el año 2011 afirma que hubo grandes cambios en temas de afiliación a la seguridad social, puesto que, para ese año, la cifra había bajado a un 34,8% de la población nacida en Nicaragua que no se encontraba afiliada a la seguridad social. Las barreras que se lograron identificar fueron las relacionadas a la documentación y el estatus de irregularidad.

2. Acceso a servicios de salud de población migrante nicaragüense

El estudio, “Determinantes de la utilización de servicios de salud en Costa Rica”, basado en datos de la Encuesta Nacional de Salud para Costa Rica, realizada en el año 2010 y publicado por Morera & Aparicio (2010), indaga en los **determinantes intermedios**, relacionados a aspectos característicos de la utilización de los servicios de salud y de otros servicios del sistema.

Para este estudio, los factores determinantes de la utilización de consultas médicas fueron: el nivel educativo, el estado de salud percibida, el número de enfermedades crónicas declaradas y la región de residencia. Estas características de la población responden a **determinantes intermedios**, específicamente a los factores **conductuales, biológicos y psicosociales**. Entre otros resultados relevantes, no se registraron diferencias

significativas de utilización entre quintiles de ingreso o situación de seguro, lo cual, según los autores, es resultado esperable y deseable en un sistema público, universal y solidario como el sistema de salud costarricense.

Otro estudio identificado es de Rodríguez, 2013, cuyo objetivo es demostrar que las inmigrantes nicaragüenses reciben un trato desigual, con respecto a lo que dicta el derecho de igualdad en la atención de los servicios de salud. Destaca que el trato desigual por parte del personal de atención directa genera un contexto social adverso para el sistema. Y, a pesar de que existen en el país distintas normativas para solventar el tema de acceso a los servicios de salud asociado al trato inhumano e impersonal, a nivel social, existe un discurso de una supuesta “superioridad”, ejercida por las relaciones de poder.

La temática de trato diferenciado o desigual en el acceso a servicios servirá de insumos, a partir de las experiencias relatadas, para el análisis de las barreras y facilitadores percibidas por esta población a partir del marco de los DSS.

3. Percepción de la población migrante nicaragüense en los servicios de salud de Costa Rica

Koen Voorend, en el 2016, publicó “El sistema de salud como imán. La incidencia de la población nicaragüense en los servicios de salud costarricense”. Este estudio analiza la incidencia de la población nicaragüense en los servicios de salud pública en Costa Rica, con el fin de establecer si los datos respaldan percepciones de creadores de política pública y profesionales ejecutivos en el campo de la salud y de la política migratoria de que hay una sobrerrepresentación en los servicios de salud por parte de esta población.

Ciertos resultados de este estudio contienen información que responde a **determinantes estructurales**, relacionados a las **políticas públicas de salud y protección**. Voorend (2016) logró determinar que los funcionarios de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y la Dirección General de Migración y Extranjería (DGME) presentan una percepción de que la política social costarricense constituye un factor que explicaría la migración de nicaragüenses. Esto, aunque los datos

proporcionados por la CCSS no respaldan este ideal, debido a que la incidencia de la población nicaragüense en los servicios de salud es menor que su peso en la población total (Voorend, 2016)

Otro de los resultados, que responde a **determinantes intermedios**, relacionados al sistema de salud de este estudio, logró concluir que la mayoría de las personas nicaragüenses que acceden a los servicios cuentan con seguridad social. Esto debido a que resulta ser un requisito para mantener su estatus de “legalidad” en el territorio nacional y les da derecho de acceder y recibir los servicios como cualquier otra persona en territorio nacional. Sin embargo, dicho acceso no es automático ni inmediato, debido a la percepción de “ilegalidad” de la población. En consecuencia, la población no accede a servicios de salud de tipo preventivo, de atención primaria; se limitan al uso de los servicios de emergencias (Voorend, 2016).

Voorend & Sura-Fonseca (2019) llevaron a cabo un estudio titulado “De derecho a hechos. El acceso diferenciado entre nacionales y migrantes nicaragüenses a los servicios de salud de Costa Rica”, el cual se ve enmarcado entre **determinantes intermedios** y **determinantes estructurales**, debido a que analizan temas de derecho que responden a las políticas públicas del sistema de salud y aspectos relacionados específicamente a los servicios de salud. Entre los principales hallazgos, sugieren que “(...) el acceso a los servicios de salud pública entre nacionales y migrantes es estratificada, lo cual subraya de manera más general la importancia de analizar la praxis, y no solo los derechos sociales formales” (Voorend & Sura-Fonseca, 2019, p.121).

En cuanto a los **determinantes estructurales** de **política pública** y **derecho a la salud** resalta aspectos importantes como la brecha mencionada entre la praxis y los derechos formales. El que estos derechos sean oficiales no significa que sean automáticos ni que se reflejan en el acceso a servicios de salud y en la praxis del personal de salud. Asimismo, los autores afirman que

La política social puede fungir como un mecanismo que refuerza patrones de estratificación, y hace más complejo el reto de la integración de personas inmigrantes en la sociedad. Si la diferencia en el trato de nacionales e inmigrantes es la medida real de la recepción de inmigrantes, así como la posibilidad de hacer

efectivo sus derechos, en muchos países en el mundo, Costa Rica incluida, queda todavía mucha tela por cortar.” (Voreed & Sura-Fonseca, 2019, p.147).

Por otro lado, referente a los **determinantes intermedios**, relacionados a los servicios de salud, se logra demostrar que existe un acceso diferenciado al seguro y a los servicios de salud entre diferentes grupos de inmigrantes y entre inmigrantes y nacionales. Por otro lado, los autores determinaron que el Estado ha hecho tan difícil el proceso de regularización debido a los costos y extensos requisitos necesarios que se pueden considerar mecanismos de exclusión del seguro social.

En el contexto de esta investigación, el análisis del acceso, desde el marco de los DSS, permitiría identificar las principales temáticas en las cuales se denota una falta de políticas públicas que promuevan la integración de las personas inmigrantes a la sociedad. Además, permitiría identificar los factores que generan la brecha entre el ideal de derecho que estas personas poseen para acceder a los servicios de salud y la realidad en el acceso.

Para finalizar, el IFAM en el año 2019, publicó el “Estudio preliminar de flujos migratorios mixtos nicaragüenses abril 2018-junio 2019”, el cual nace a partir de la necesidad de las instituciones de contar con información detallada sobre las personas nicaragüenses que han llegado a Costa Rica desde abril del 2018. Este antecedente recopila información acerca del perfil sociodemográfico, contexto de Nicaragua, acceso a vivienda, empleo, educación, servicios de salud, asistencia humanitaria y otras necesidades en Costa Rica. Toda esta información responde a diferentes **determinantes intermedios y determinantes estructurales**.

Una de las características generales identificadas en el estudio es el cambio que se establece en el perfil de las personas migrantes a partir del 2018, a pesar de que, históricamente, los flujos migratorios se caracterizaron por personas en edad productiva, sobre todo, mujeres. A partir del año 2018, migraron más hombres jóvenes y personas solteras. En la mayoría de los casos, se habla de personas en casos con estudios universitarios que se trasladaron debido a la situación de violencia, temor e inseguridad del vecino país (IFAM, 2019).

Según el modelo de “Desigualdades en Salud”, la **cohesión social** y el **capital social** como **determinantes intermedios** juegan un papel importante que implica aspectos de los **determinantes estructurales**, como **la cultura y los valores** sociales. En el estudio de IFAM (2019) se habla de que la existencia de fuertes redes sociales entre nicaragüenses ha facilitado los procesos de socialización de la información sobre el acceso a algunos bienes y servicios, entre estos, los servicios asistenciales y de atención directa en salud.

Se resalta la importancia de poseer un modelo de análisis de acceso a servicios de salud que permita orientar el desarrollo central del estudio de investigación. Esta revisión permitió obtener referencias de diversos modelos existentes para llevar a cabo el presente tipo de análisis. Asimismo, la importancia de los antecedentes permite tener una noción del contexto, lo cual aterriza de mejor manera el objeto de estudio. Finalmente, el último elemento identificado es la necesidad de conocer a fondo el servicio de salud que se va a analizar para, así, comprender diversas situaciones que se pueden llegar a identificar en los resultados del estudio de investigación.

II. Contextualización

Costa Rica es un país reconocido a nivel regional y mundial debido a la calidad del servicio de salud que brinda a la población costarricense (OCDE, 2017). La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) establecen que el país se caracteriza por su estabilidad institucional respecto al financiamiento y la planificación.

“Un brazo proveedor” cercanamente integrado, pero claramente diferenciado, con una atención primaria fuerte en su base; un impresionante grado de coordinación intersectorial a nivel nacional y un diálogo efectivo entre los usuarios y los administradores de servicios de salud a nivel local, impulsando el mejoramiento del servicio (OCDE, 2017).

Con estas fortalezas, se han establecido logros de salud al nivel de varias economías de la OCDE, consideradas de renta alta. La esperanza de vida es de 79,9 años,

comparada con los 80,6 que muestra el promedio de la OCDE, y menos del 1% de la población reporta no usar los servicios de salud debido a razones financieras (OCDE, 2017). A partir de esto, se logra identificar un servicio de calidad para la población costarricense; sin embargo, Uno de ellos es el análisis relacionado al acceso a los servicios de salud que presentan las personas migrantes que se encuentran en el país, especialmente, la población migrante nicaragüense.

Las migraciones laborales de personas nicaragüenses hacia Costa Rica datan de 1970 y 1980. A raíz de esto, se puede decir que históricamente ha existido un flujo de población migrante nicaragüense con destino a Costa Rica en busca de una mejora de condición de vida en aspectos de trabajo, educación y salud. Esto se ve facilitado por la frontera existente entre ambos países de aproximadamente 312 kilómetros de extensión (DGME, 2017).

Según datos de la DGME, Costa Rica es el país que tradicionalmente ha recibido la mayor cantidad de población migrante de nuestra región centroamericana. La proporción de población migrante, en relación con el total de la población, es de un 9%, según el censo realizado en el 2011. De ese 9%, aproximadamente el 75% son nicaragüenses (DGME, 2017).

Según datos de la OIM, en el año 2015, Nicaragua se caracteriza por ser un país de emigración. Se estiman los nacionales en el exterior a 800 mil personas, es decir, más del 10% de la población nacional. El destino principal de los emigrantes es Costa Rica, con una proporción mayor al 50% con respecto a los emigrantes totales. Se calcula que existe un aproximado de 290,000 nicaragüenses dentro de Costa Rica, para el año 2011, con una tasa de crecimiento del 2.1% anual (Mora & Guzmán, 2018). Posteriormente, para el año 2016, la Encuesta de Hogares refleja que esta tasa de crecimientos se mantuvo al alcanzar una cifra de 440,109 personas, lo cual representa un 9% de la población total (Plan Nacional de Integración, 2018-2020). Un 59% de los inmigrantes nicaragüenses tiene entre 13 y 40 años. Esto concuerda con las intenciones de conseguir un empleo e insertarse en el mercado laboral costarricense (Mora & Guzmán, 2018).

En el caso de la población migrante nicaragüense, Costa Rica figura como un destino y como un país de tránsito. Según el INEC (2016), citado en IFAM (2019), estas

personas se encuentran principalmente en el cantón de San José, donde se concentraba cerca del 12% de los nicaragüenses en Costa Rica. Otro 8% residía en San Carlos; un 7%, en el cantón de Alajuela; y un 5%, en el cantón de Desamparados. Estas personas se concentran principalmente “en ramas laborales como la agricultura, la construcción y los trabajos domésticos, en puestos y condiciones de trabajo de baja calidad en los que existe un alto incumplimiento de los derechos y las garantías laborales” (Mora Guzmán, 2018, p.14.).

Para el año 2016, un 81% de los nicaragüenses en Costa Rica tenía un nivel educativo de secundaria incompleta, o menos, y solamente un 6% poseía estudios superiores. La participación en el ámbito laboral de esta población es en ramas asociadas al sector primario y labores domésticas (INEC, 2016 citado en IFAM, 2019, p.26). Sin embargo, es posible que este perfil educativo haya sufrido cambios, debido a la oleada migratoria del 2018 de jóvenes universitarios que emigraron.

En el caso específico de Upala, alrededor de un 11% de las personas que residen en este cantón son de nacionalidad nicaragüense. Esto responde a la cercanía con territorio nicaragüense y a que la principal actividad económica de la zona refiere a agricultura, específicamente el cultivo de piña, frijoles y otros granos básicos (Delgado & Córdoba, 2012). Para Desamparados, se determinó que el 5% de su población es nicaragüense. Esta población responde a un perfil diferente al de Upala pues se desempeña en labores relacionadas al sector servicios, doméstico y trabajo informal (IFAM, 2019).

El cantón de Upala es el número 13 de la provincia de Alajuela. Según la división zonal del país, se localiza en la Región Chorotega, por un aspecto de vías de comunicación más que de índole geográfica, histórica o étnica. Según criterios geográficos de división regional, se ubica en la zona norte, conformada por el cantón de San Carlos, Los Chiles y Guatuso, y el cantón herediano de Sarapiquí. Posee una extensión de 1580.67 km²; es el segundo cantón más extenso de la provincia de Alajuela, luego de San Carlos.

Limita al norte con la República de Nicaragua, al este, sureste y sur con los cantones alajuelenses de Los Chiles y Guatuso, y de sur a oeste con los cantones guanacastecos de Cañas, Bagaces, Liberia y La Cruz, respectivamente. Se encuentra

dividido en ocho distritos y fue fundado el 17 de marzo de 1970. Su cabecera y ciudad más importante es Upala. Finalmente, según datos del censo 2011 (censo más reciente realizado por el INEC) la población upaleña supera los 43.950 habitantes (Municipalidad del cantón de Upala, 2020).

Respecto al cantón de Desamparados, resalta su ubicación al sur de la capital; es uno de los cantones más poblados del Gran Área Metropolitana, el cantón número 3 de la provincia de San José. En los últimos años, ha recibido una cantidad considerable de inmigración de zonas rurales y de otros países en los 13 diferentes distritos que posee. Según datos del censo 2011 (censo más reciente realizado por el INEC), la población desamparadeña supera los 208.411 habitantes, repartidos en una superficie total de 118.26 kilómetros cuadrados. Limita con San José, Curridabat, La Unión, El Guarco, Cartago, Aserrí, Alajuelita, León Cortés y Dota (Municipalidad de Desamparados, 2020).

Finalmente, con relación a estos dos cantones se señala el Índice de Desarrollo Social (IDS) que tiene como objetivo ordenar los distritos y cantones de Costa Rica, según su nivel de desarrollo social.

- Upala posee un puntaje de 27,89; se ubica en la posición 67 a nivel cantonal de 82 cantones (INEC, 2017).
- Desamparados posee un puntaje de 71,88, en la posición número 24 a nivel cantonal de 82 cantones (INEC, 2017).

Este indicador denota la diferencia social existente entre los dos cantones en los que se plantea el presente estudio. El cantón de Desamparados responde a un contexto urbano con mayor desarrollo social en comparación al cantón de Upala, que responde a un contexto rural.

A continuación, se contextualizan algunos aspectos específicos referentes a las localidades, instituciones y servicios de salud con los que se pretende trabajar.

A. Centros Municipales para Migrantes

El presente trabajo final de graduación se llevó a cabo en los CMM ubicados en Upala y Desamparados. Los CMM son una iniciativa que nace a partir del programa “Ventanillas informativas sobre migración Mesoamericana y El Caribe” (OIM, 2019, p.12).

Se eligieron los CMM de Upala y Desamparados debido a una afluencia mayor de personas migrantes nicaragüenses, en comparación al CMM de Talamanca. El CMM de Talamanca atiende a una población que responde a un perfil más relacionado a la zona sur del país, población indígena, migrantes panameños, colombianos y, en un reducido porcentaje, nicaragüenses (Álvarez, en comunicación personal, 16 de junio del 2020).

Se continua con las ventanillas informativas, ubicadas en el CMM, sobre migración son conceptualizados como:

Centros de información y asesoría directa, clara y confiable, operadas por municipalidades, instituciones u organizaciones locales. Contribuyen a una mejor gestión de la migración, a la protección de las personas migrantes y su integración en las comunidades de acogida, a través de los distintos servicios informativos brindados. Las ventanillas están dirigidas a personas migrantes (potenciales, en tránsito, en destino o retorno) y por su carácter local se adaptan a las necesidades del contexto migratorio de los distintos países y localidades (OIM, 2019, p.3).

La apertura de estas ventanillas se lleva a cabo mediante un acuerdo bilateral entre la OIM y los gobiernos locales. En este caso, según Álvarez en comunicación personal, 16 de junio del 2020:

La coordinación de estos queda bajo la instancia del gobierno local y el papel que desempeña la OIM es en temas de capacitación y asistencia técnica a los gobiernos locales y organizaciones sobre gestión migratoria y atención a las personas migrantes a través de, entre otros, las ventanillas informativas sobre migración.

Posterior a su apertura, se da la difusión comunitaria y el acercamiento a la población migrante. Estos centros atienden a cualquier persona que haya inmigrado a territorio nacional.

Existen dos tipos de ventanillas informativas, según la OIM (2019, p.10):

- Ventanillas transaccionales: una ventanilla informativa puede convertirse en una ventanilla transaccional, es decir, facilita, además de información, el acceso a servicios y trámites migratorios, en coordinación con el ente nacional encargado.
- Las ventanillas móviles: son ventanillas informativas que pueden realizar actividades de ventanilla móvil, es decir, movilizarse a espacios públicos, zonas fronterizas o comunidades específicas, para realizar actividades de información públicas o de forma individual.

Se logró identificar un reducido número de CMM a nivel nacional, ya que hoy solo se cuenta con tres CMM en todo el territorio. Por otro lado, estas ventanillas no son vistas como una oportunidad para el fortalecimiento del acceso a los servicios de salud porque, en muchos casos, se enfocan en temas de “navegación de usuarios”, lo cual consiste en orientar paso a paso a las personas migrantes en el uso de los servicios de la DGME (Álvarez en comunicación personal, 16 de junio del 2020).

Según Álvarez, en comunicación personal, 16 de junio del 2020:

“Las principales causas de consultas en los CMM están relacionadas a los procesos de regularización migratoria. Aunque también se han realizado consultas relacionadas con temas de acceso a servicios de salud y educación”.

Álvarez explica que, en el caso del CMM de Upala, reciben en su mayoría consultas por parte de personas migrantes en todo tipo de estatus migratorio, de nacionalidad nicaragüense. También hay acercamientos por parte de población colombiana, venezolana y “binacional”, término que hace referencia a las personas que doble nacionalidad, costarricense y nicaragüense.

B. Crisis política en Nicaragua, 2018

Costa Rica posee un conjunto de factores de atracción para las personas migrantes, debido a las posibilidades salariales en Costa Rica, la cercanía geográfica y las

expectativas de aumentar el acceso a mejores oportunidades y una mejor calidad de vida (IFAM, 2019). A partir del año 2018, el flujo migratorio nicaragüense a Costa Rica sufrió un aumento debido a la crisis sociopolítica que enfrentaba el país de Nicaragua ese año. Según medios de prensa, para el 18 de abril del 2018 esta crisis había dejado al menos 320 muertos, centenares de prisioneros, decenas de miles de exiliados y millonarias pérdidas económicas en el segundo país más pobre del continente americano (Wallace, 2019).

A partir del 2019, en Nicaragua empieza una serie de sucesos que desencadenan una crisis sociopolítica. Con la identificación de los incendios en la reserva natural Indio-Maíz, ocurridos a finales de marzo del 2018, comienzan las primeras protestas debido a la débil respuesta del gobierno Ortega-Murillo. Estas protestas estuvieron caracterizadas por movilizaciones de jóvenes, los cuales fueron reprimidos por las fuerzas policiales.

Días después, el gobierno de Nicaragua publicó, en el diario oficial, una reforma a la seguridad social, en la cual establece una detracción del 5% de la pensión de los jubilados. Dicha reforma no fue sometida a debates previos ni a consultas públicas. Esto produjo un conjunto de protestas pacíficas autoconvocadas por estudiantes universitarios y personas mayores.

El día 18 de abril, en la ciudad capital, grupos terceros armados conocidos como fuerzas de choque, grupos paramilitares y militantes del partido Frente Sandinista de Liberación Nacional enfrentan las protestas pacíficas autoconvocadas y agreden a estudiantes, profesores y manifestantes. A partir de esta fecha, se desarrollan una serie de sucesos que crean una situación inestable y de caos en el vecino país y atentaron contra la vida y la integridad física del pueblo nicaragüense.

Según la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) (2018), esta crisis política estuvo caracterizada por:

1. El uso excesivo y arbitrario de la fuerza policial.
2. El uso de grupos parapoliciales o grupos de choque con la aquiescencia y tolerancia de las autoridades estatales.

3. Obstáculos en el acceso a la atención médica de urgencia a los heridos, como forma de represalia por su participación en las manifestaciones.
4. Un patrón de detenciones arbitrarias de jóvenes y adolescentes que participaban en protestas.
5. La difusión de propaganda y campañas de estigmatización, medidas de censura directa e indirecta.
6. Intimidaciones y amenazas contra líderes de movimientos sociales.
7. Falta de diligencia en el inicio de las investigaciones respecto de los asesinatos y lesiones ocurridos en este contexto.

Esta crisis sociopolítica ocasionó la muerte de 325 personas, unas 2000 personas heridas, 700 personas detenidas y enjuiciadas, el despido de 300 profesionales de la salud, la expulsión de 144 estudiantes y el exilio de 70 periodistas y trabajadores de medios de comunicación (CIDH, 2018).

Debido a la cercanía geográfica, Costa Rica fue el principal destino para la población que se vio forzada a huir de Nicaragua. Esta crisis exilió a más de 70,000 personas, según datos de la DGME, citado por la CIDH. En el año 2018, se procesaron 23,138 solicitudes de refugio, lo que representa casi 350 veces más que el promedio de años anteriores (IFAM, 2019). Este aumento exponencial de solicitudes de refugio se debió a la crisis política vivida en Nicaragua a partir del mes de abril del 2018.

Por esto, se puede afirmar que hay motivos suficientes para investigar acerca de esta población a partir de este período mencionado. Existe un aumento migratorio exponencial y un cambio en el perfil sociodemográfico de las personas que se vieron obligadas a abandonar su país. Por esta razón, se destaca la importancia de identificar las necesidades de esta población, las respuestas del aparato estatal costarricense sobre todo en temas de servicios de salud.

C. Servicios de salud

El sector público está dominado por la CCSS, institución autónoma encargada del financiamiento, compra y prestación de la mayoría de los servicios personales de salud. (...) La CCSS presta servicios en sus propias instalaciones o en instalaciones del sector privado con las que establece contratos denominados “compromisos de gestión” (Sáenz et al, 2011, p.157).

Bajo esta lógica del sector público, para efectos del cantón de Upala, la CCSS cuenta con 12 Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y 32 puestos de visita periódica que se reparten en los ocho distritos del cantón. Estos EBAIS refieren al Hospital Periférico de Upala. Posteriormente, en la estructuración de servicios que posee la CCSS, este hospital periférico responde al Hospital Regional Enrique Baltodano que concluye en el Hospital Nacional México.

Asimismo, para el cantón de Desamparados, la CCSS cuenta con un total de 55 EBAIS, repartidos en tres áreas de salud: el Área 1, correspondiente al CAIS Marcial Fallas; el Área 2, que corresponde a COOPESALUD; y el Área 3, denominada Desamparados 3. Estas tres áreas refieren al CAIS Marcial Fallas, un Área de salud de segundo nivel que, a su vez, refiere al Hospital Nacional San Juan de Dios.

Por otro lado, el sector privado se encuentra conformado por una red de prestadores que ofrecen servicios ambulatorios y de especialidades médicas con fines lucrativos. Estos servicios generalmente se financian con pagos de bolsillo o con primas de seguros privados que han tomado gran relevancia en los últimos años (Sáenz et al, 2011).

Según la Ley 2738, 1961 citado en OPS (2014, p.10), la CCSS es la institución responsable de ofrecer servicios de salud y maternidad a toda la población costarricense. La provisión de estos servicios está a cargo de establecimientos organizados en tres niveles de atención, relacionados por mecanismos de referencia y contrarreferencia de pacientes. Al hablar de la CCSS, es necesario aclarar algunos principios generales establecidos en el “Reglamento del Seguro Social de Salud de la CCSS” (2006):

El Artículo 1 De la Universalidad del Seguro de Salud dispone que “El Seguro de Salud es universal y cubre a todos los habitantes del país, con sujeción a las disposiciones de este reglamento y 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.”

Asimismo, el artículo 2 Del principio de Igualdad: “Todo asegurado es igual ante la Ley y ante este reglamento. No podrá hacerse discriminación alguna por razones económicas, étnicas, religiosas, ideológicas, y de ninguna otra naturaleza que ofenda la dignidad humana. Sólo se harán las diferencias que procediere en relación con el tipo de padecimiento o enfermedad”.

Por otro lado, este en el Artículo 10 de este reglamento se clasifican las diversas modalidades de aseguramiento:

- Asegurado directo activo asalariado: Asegurado que se encuentra actualmente cotizando en su condición de asalariado.
- Asegurado por cuenta del Estado: Asegurado directo o familiar que adquiere esa condición por su imposibilidad para cubrir las cotizaciones del seguro de salud. Las cotizaciones de estos asegurados son cubiertas por el Estado, mediante un mecanismo especial de financiamiento, basado en núcleos familiares.
- Asegurado voluntario: Personas con capacidad contributiva no obligadas a cotizar, pero que se afilian voluntariamente.
- No asegurado: Habitante del país con capacidad contributiva y que elige no contribuir al seguro de salud.

En caso de menores de edad, mujeres embarazadas, pensionados del régimen no contributivo e indigentes identificados (que cuenten con documento de identificación) que no se encuentren protegidas por ninguna modalidad de aseguramiento mencionado anteriormente o por beneficio familiar, el Estado pasa a ser el responsable del aseguramiento. Además de esto, la categoría de “no Asegurado” ha permitido que habitantes del país con capacidad contributiva elijan no contribuir al seguro de salud,

pero puedan hacer uso de las prestaciones de servicios vía emergencias (Sáenz et al, 2011).

III. Planteamiento del problema

Este estudio nace inicialmente a partir del interés en investigar la temática de migración y salud desde una visión de promoción de la salud, en la cual se apliquen los conocimientos adquiridos en la formación académica recibida por parte de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica (UCR).

A partir de este interés, surge la iniciativa de llevar a cabo una indagación acerca de los posibles escenarios en los que se podían relacionar ambas temáticas. Estos productos surgen de varias entrevistas llevadas a cabo con organizaciones internacionales y organizaciones locales no gubernamentales. De ahí, surge la necesidad de efectuar un análisis integral de mayor profundidad que permita comprender la situación actual del acceso a servicios de atención en salud públicos por parte de las personas migrantes nicaragüenses, especialmente enfocado en las barreras y facilitadores de acceso a estos servicios.

Una vez identificado este problema, se procede a una breve revisión bibliográfica para corroborar la situación emergente. A partir de esta revisión, se encuentran datos que señalan que, en Costa Rica, a partir del 18 de abril del 2018, producto de la crisis sociopolítica en Nicaragua, se encuentran aproximadamente 52,000 personas migrantes nuevas nicaragüenses. De ellas se estima que el 35,2% se encuentra en condición irregular y el 48,4% se encontraba en condición regular en el momento de realizar el censo, ya sea por poseer visa de turista o contar con un proceso abierto de solicitud de visa permanente o de refugio y el (TECHO, 2018).

En temas de derecho a la salud, Costa Rica ha ratificado su compromiso con los derechos humanos, sobre todo, en temas de derecho de atención en salud, reconocido como un derecho básico fundamental por la Ley 5395, “Ley General de Salud” y el artículo 21 de la constitución política en el cual se expresa el “derecho a la vida”.

Este contexto podría representar retos para Costa Rica en las diversas garantías sociales que ofrece el país a las diferentes personas que se encuentran dentro del territorio nacional, sobre todo, en temas como el acceso a los servicios de atención en salud. Desde el 2005, en Costa Rica, se identificó uno de los principales “cuellos de botella” para este abordaje, el cual es la carencia de información especializada y sistematizada. De esta manera, resulta difícil conocer y analizar las problemáticas de subpoblaciones como las mujeres, los niños, niñas y jóvenes migrantes en lo relativo a sus procesos generales de salud y el riesgo que viven en situaciones de vulnerabilidad social, laboral y cultural (Acuña, 2005).

A partir de estas premisas, se logra la confirmación de la existencia y necesidad de abordar este problema de investigación. Se considera que la promoción de la salud posee la visión y las herramientas necesarias para llevar a cabo este análisis, enfocado en barreras y facilitadores que permitan comprender el acceso a servicios de salud de las personas migrantes nicaragüenses.

IV. Justificación

En Costa Rica, existen notables diferencias en el acceso a servicios de salud entre costarricenses y migrantes nicaragüenses (Voreend & Sura-Fonseca, 2019). El acceso de los costarricenses es más frecuente que el de los nicaragüenses y existe un margen de población costarricense asegurada que no accede a los servicios de salud. Este margen, en el caso de las personas migrantes nicaragüenses, se debe a que no se brindaba la atención debido a su situación legal; mientras que, en el caso de los costarricenses, se debe a que prefieren un servicio de salud privado.

Por otro lado, esta investigación pretende explorar la potencial existencia de un acceso estratificado a los servicios de salud pública entre nacionales e inmigrantes nicaragüenses, primero, y, segundo, por el estado migratorio de estas personas. Asimismo, sugiere que las personas migrantes enfrentan prácticas de discriminación, incluso con un estado migratorio de salud y la posible relación que existe entre esta discriminación y la forma en cómo están estructurados los servicios de salud.

Los servicios de salud —como derecho humano y un derecho humano fundamental— son requeridos por todas las personas en diferentes momentos de su vida. El acceso que pueda llegar a tener una persona dependerá de un conjunto de factores asociados a la aceptabilidad del servicio y su accesibilidad, los cuales, a su vez, se encuentran relacionados con los sistemas y medios de afiliación y características socioeconómicas. Para el caso de las personas migrantes, el simple hecho de ser “migrante” refleja una condición social que denota vulnerabilidad. Esto se puede asociar con escenarios desfavorables que actúan como determinantes y pueden incidir directamente sobre la salud y la calidad de vida. (Murillo-Pedroso & Agudelo-Suárez, 2019). Además de esto, en el fenómeno migratorio de nicaragüenses a Costa Rica, existen diferentes situaciones relacionadas a xenofobia y aporofobia que podrían potenciar las condiciones de vulnerabilidad de esta población.

Estudios de la OIM señalan que estos escenarios pueden relacionarse con los temores y el desconocimiento general de la oferta, limitando la demanda de los servicios de salud para los migrantes. Asimismo, la situación de irregularidad en el país de residencia determina el acceso a los servicios sociales y de salud. También, los costos de los servicios pueden afectar su uso por parte de la población migrante o bien a la carencia de seguridad social (OIM, 2015).

En Costa Rica, se han desarrollado diferentes investigaciones que buscan caracterizar diversos aspectos de las personas nicaragüenses migrantes en torno al acceso a los servicios de salud en el país; sin embargo, estos estudios se encuentran más enfocados en identificar las razones por las que emigran las personas nicaragüenses, el trato recibido, la influencia del estatus migratorio y comparaciones de servicios recibidos con costarricenses. Por esto, se decide identificar las barreras y facilitadores de acceso a servicios de salud desde un análisis de los determinantes, destacando la importancia de crear un análisis integral, el cual permita la identificación de determinantes estructurales e intermedios. Se propone, entonces, este estudio, con el propósito de identificar las barreras y facilitadores de acceso a servicios de salud de la población migrante nicaragüense, desde un análisis de los DSS.

Además, en consecuencia, con la recopilación de referentes teóricos a nivel internacional, regional y local, se logran identificar elementos esenciales para el desarrollo del presente estudio. El primero: la viabilidad de la utilización de un modelo de DSS como marco de referencia para el estudio del fenómeno migratorio, ya que se identificó que varios estudios lo utilizaron y obtuvieron resultados interesantes en torno a barreras de acceso a servicios de salud.

Por otro lado, es importante reconocer el papel que toma la Promoción de la Salud en la temática denominada “migración y salud”. Diferentes referentes han surgido a partir de las diversas conferencias mundiales. En la conferencia de Ottawa (1986), se establece que uno de los requisitos para la participación activa en la Promoción de la Salud es la reorientación de los servicios sanitarios. Las conferencias de Yakarta (1997) y de México (2000) hacen un llamado a la creación de capacidades para la Promoción de Salud y su función fundamental a la hora de abordar los determinantes de la Salud. Por último, la conferencia de Helsinki (2013) convoca a todos los estados a integrar salud en todas las políticas.

De acuerdo con lo anterior, es importante que todas las disciplinas generen diferentes propuestas para la integración de la salud en diferentes campos de conocimiento. Específicamente en Promoción de la Salud, se destaca la importancia de brindar elementos, herramientas y nuevas perspectivas para el abordaje de las condiciones de vida de las personas y la creación de acciones para mejorar su calidad de vida. Resalta la importancia de esta investigación, por insumos teóricos y metodológicos para el abordaje de los DSS en una población vulnerable, como la población migrante nicaragüense.

Para entender este abordaje desde la promoción de la salud es necesario considerar lo planteado por De La Guardia & Ruvalcaba (2020), quienes conciben la Promoción de la Salud como disciplina básica de la salud pública que se encarga de reconocer los determinantes de la salud. La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca tanto las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, como las encaminadas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la

salud pública e individual. La Promoción de la Salud es un proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los DSS y, en consecuencia, mejorarlos.

Acorde a lo anterior, es importante mencionar la importancia y el valor teórico de la utilización del modelo de “Cobertura Efectiva” de Tanahashi, citado en Hirmas et al. (2013). Este modelo permite la identificación de barreras y elementos facilitadores a partir del análisis de la interacción entre factores que inciden en la previsión del servicio y la articulación. Se da la elección de este modelo debido a que se basa en elementos como equidad y universalidad de los servicios de salud, los cuales van acorde al caso de los servicios de salud de Costa Rica. Además de esto, la articulación de este modelo con el modelo de “Desigualdades en Salud”, de Solar e Irwin, permitiría un análisis que identificaría las posibles causas, consecuencias y una visión global de los aspectos que influyen en el acceso a servicios de salud de la población migrante nicaragüense.

Para efectos de este trabajo, se tomaron en cuenta cuatro principios de la bioética según Siurana, (2010). Uno de ellos, el de **autonomía**, en el cual todas las personas migrantes nicaragüenses van a tener la autonomía de decidir sobre participar o no en el estudio y abandonarlo en el momento que considere prudente. Esto se explicará a todas las partes implicadas por medio de un consentimiento informado.

Por otro lado, el principio de **beneficencia** sostiene que todas las acciones de investigación deben prevenir el daño —o eliminar el daño— y hacer el bien a otros. Asimismo, el principio de **no maleficencia** en el cual Siurana (2010) señala la obligación de no infringir en daños intencionales.

Por último, encontramos el principio de **justicia**, el cual establece la obligación de garantizar la participación de todas las personas participantes en el estudio y generar un trato equitativo con la población.

V. Pregunta de investigación

¿Cuál es la dinámica del acceso a los servicios públicos de salud desde un análisis de los Determinantes Sociales de la Salud de las personas migrantes nicaragüenses que

asisten a los Centros Municipales para Migrantes de Upala y Desamparados que ingresaron a Costa Rica en el período 2018-2020?

VI. Objetivos

A. Objetivo general

Analizar el acceso a servicios de salud desde el marco de los Determinantes Sociales de la Salud de las personas migrantes nicaragüenses que asisten a los Centros Municipales para Migrantes de Upala y Desamparados que ingresaron a Costa Rica en el período 2018-2020.

B. Objetivos específicos

1. Caracterizar a las personas migrantes nicaragüenses que asisten a los Centros Municipales para Migrantes de Upala y Desamparados desde el modelo de “Desigualdades en Salud”.
2. Identificar las barreras y facilitadores del acceso a servicios de salud de las personas migrantes nicaragüenses que asisten a los Centros Municipales para Migrantes de Upala y Desamparados a partir del modelo “Cobertura Efectiva”.
3. Integrar los resultados de la caracterización de las personas migrantes nicaragüenses de Upala y Desamparados a las barreras y elementos facilitadores identificados para el establecimiento de recomendaciones que fortalezcan el acceso a los servicios de salud.

Capítulo II

VII. Marco teórico

Para el desarrollo del presente estudio de investigación, resulta imprescindible llevar a cabo un acercamiento a diferentes elementos teóricos fundamentales para su comprensión, así como para el desarrollo posterior, ya que estos elementos representan las bases teóricas conceptuales en las que se sustenta la presente investigación.

A. Salud Pública y Promoción de la Salud

El primer elemento por desarrollar es el de salud pública, el cual engloba la totalidad del estudio de investigación a realizar. Para ello, es importante comprender que la salud pública es un campo en constante evolución, como señala Ramos (2000), la salud pública data de cuando se comenzó a hablar de la influencia del ambiente físico y social en la salud de la población (Ramos, 2000).

A través de esta evolución, se han concretado muchas definiciones para el concepto de salud pública. Para efectos del presente trabajo, se toma la definición de Julio Frenk, quien señala que:

La salud pública es la aplicación de las ciencias sociales, biológicas y de conducta al estudio de las poblaciones humanas con dos objetivos: estudio epidemiológico de las condiciones de salud, la investigación de los servicios de salud y la respuesta social a los problemas de salud. La esencia de esta definición es la salud de la población. (Frenk, 1991 citado por Ramos, 2000, p.82)

Dentro de la complejidad de la salud pública se encuentra la promoción de la salud, la cual, a su vez, es uno de los elementos de mayor importancia en el que se enmarca el presente estudio de investigación. El concepto ha tenido una evolución a través de las diferentes conferencias de promoción de la salud, llevadas a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016).

En la primera conferencia, llevada a cabo en Ottawa (1986), se define la promoción de la salud como:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las

aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. (OMS, 1986).

A través del tiempo, se han agregado nuevos elementos a considerar para la conceptualización de promoción de la salud, se enfatizan aquí dos de ellos: el primero, aportado en la octava conferencia de promoción de la salud, celebrada en el año 2013, en Helsinki, Finlandia. Allí, se enfatizó la salud en todas las políticas, un enfoque para las políticas públicas en todos los sectores, el cual, de manera sistemática, tiene en cuenta las implicaciones en la salud sobre las decisiones que se toman. Este elemento busca sinergias y evita impactos perjudiciales, con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud (OMS, 2014).

Posteriormente, el otro elemento a considerar es el abordado en la novena conferencia de promoción de la salud, celebrada en el 2016, en Shanghái, China. En esta ocasión, se establece que solo se puede garantizar una vida sana y mejorar el bienestar de todas las personas en todas las edades al promover la salud en relación con todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas e implicar al conjunto de la sociedad en el proceso de desarrollo sanitario (OMS, 2016).

Para abordar situaciones complejas en salud, se necesita el primer elemento de salud en todas las políticas que se desarrollen en torno a cierta situación, en particular, el fenómeno de la migración y, de esta manera, los derechos humanos para todas las personas, sin distinción de sexo o etnia, se logren ver plasmados en los ODS, a los cuales se puede aportar desde una visión de promoción de la salud.

B. Determinantes Sociales de la Salud

Dentro del marco de promoción de la salud se encuentran los modelos de DSS. Antes de profundizarlos, es importante especificar la determinación y condicionamiento social de la salud.

La determinación social asume la sociedad como totalidad irreductible a la dinámica individual. Identifica distintas formas y jerarquías de la determinación de los procesos de salud y enfermedad humanos para comprender la dialéctica de lo

humano y la génesis de las desigualdades e inequidades. No privilegia ni al sujeto ni a la sociedad, recoge en la categoría de modos de vida tanto procesos de producción, como de reproducción, deterioro y desgaste, y niveles del proceso salud enfermedad en lo singular, particular y general. Es por esto que los sujetos no están expuestos a un medio ambiente externo a ellos ni reciben el efecto de factores de riesgo contenido en este ambiente. Los sujetos están subsumidos en los modos y condiciones de vida impuestas por un todo social. (Morales-Borrero et al., 2013, p.800)

En contraposición, la palabra “condicionante” se refiere a un espacio para ubicar las dos dimensiones existentes para la explicación de un fenómeno en salud: la primera dimensión serían las variaciones; la segunda, movimientos generales. El espacio de “condicionante” ocupa aquellos fenómenos que pertenecen a la forma en cómo se desarrollan los hechos en un determinado nivel y se traduce en organización, acumulaciones biológicas y sociales, las cuales afectan los niveles superiores de determinación (Castellanos, 1990).

A partir de esta especificación, surgen los DSS, los cuales se definen como las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud (OMS, 2020). Se escogió el Modelo de los DSS de las Desigualdades en Salud planteado por Solar e Irwin en el 2010. Este modelo fue propuesto a la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS como un marco conceptual para el accionar de la comisión en su tarea de actuar sobre los DSS.

El modelo establece la clasificación de los DSS en dos categorías: determinantes estructurales y determinantes intermedios. En el caso de los determinantes estructurales, se plantea que los mecanismos sociales referentes al contexto socioeconómico y político dan lugar a una posición socioeconómica en la que las poblaciones se estratifican según elementos como: ingresos, educación, ocupación, género, raza, etnia y otros factores. Posteriormente, estas posiciones socioeconómicas dan forma a determinantes específicos del estado de salud llamados “determinantes intermedios”, los cuales reflejan el lugar de las personas dentro de las jerarquías sociales. Allí, los individuos experimentan, en

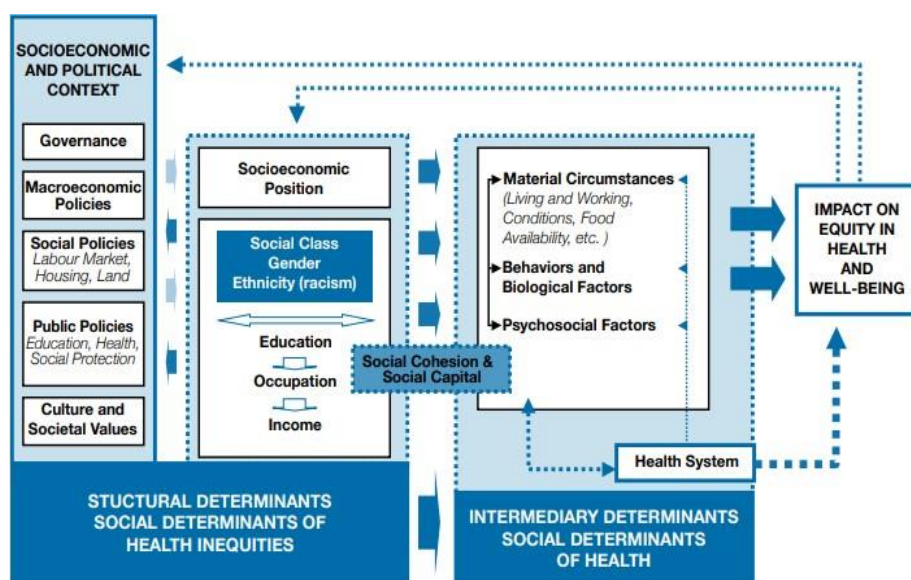
función de su respectivo estatus social, diferencias en la exposición y vulnerabilidad a condiciones que comprometen la salud.

Asimismo, se establece que la enfermedad puede "retroalimentar" la posición social de un individuo determinado, por ejemplo, al comprometer el empleo, oportunidades y reducción de ingresos. De manera similar, ciertas enfermedades epidémicas pueden "retroalimentarse" para afectar el funcionamiento de las instituciones sociales, económicas y políticas (Solar e Irwin, 2010).

Resulta importante mencionar que el modelo de DSS elegido provee un marco de trabajo para el análisis de las características que presentan las personas migrantes nicaragüenses de Upala y Desamparados. Además de esto, este modelo toma en cuenta factores claves que inciden y se relacionan con la identificación de barreras y facilitadores como las políticas sociales, los servicios de salud, educación, ocupación entre otros.

A continuación, se muestra la figura correspondiente del modelo.

Figura 1. Forma final del marco conceptual de la comisión de Determinantes Sociales de la Salud.



Fuente: World Health Organization. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. World Health Organization. Geneva.

Este es uno de los modelos más actualizados en la materia y el que se pretende utilizar para cumplir con los objetivos planteados en este estudio. A continuación, se detallan cada uno de los elementos que componen tanto los determinantes estructurales como los determinantes intermedios:

- Determinantes estructurales

Los determinantes estructurales del modelo de Solar e Irwin se dividen en dos bloques: en primera instancia, el contexto socioeconómico y político, y en segunda instancia, la posición socioeconómica:

- Contexto socioeconómico y político

El contexto socioeconómico y político en este modelo se entiende como el conjunto de aspectos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social, cuyo impacto en los individuos tiende a eludir la cuantificación pero que ejercen una poderosa influencia formativa en los patrones de estratificación social y, por tanto, sobre la oportunidad en la salud de las personas. En este contexto se encuentran aquellos mecanismos sociales y políticos que pueden generar, configurar y mantener jerarquías sociales, por ejemplo, el mercado laboral, el sistema educativo e instituciones políticas, incluido el estado de bienestar. (Solar e Irwin, 2010)

El modelo plantea seis puntos específicos que se deben tomar en cuenta para el análisis del contexto socioeconómico y político. A continuación, se especifican dichos puntos:

1. Gobernanza

Meuleman, citado por Zurbriggen, define gobernanza como:

“La totalidad de las interacciones entre organismos públicos, sector privado y sociedad civil, destinadas a resolver los problemas sociales o la creación de oportunidades de la sociedad” (Zurbriggen, 2011, p.43).

2. Política macroeconómica

La macroeconomía es una rama de la teoría económica que estudia el comportamiento de la economía en su conjunto mediante el análisis de la evolución

de variables económicas agregadas y de las relaciones entre ellas, como el producto (su tendencia y sus fluctuaciones), el empleo, el consumo, la inversión, el gasto del gobierno, la inflación, la balanza de pagos, el tipo de cambio, etcétera. También estudia los efectos que las políticas económicas gubernamentales tienen sobre estas variables. Entendemos por política económica la aplicación del poder del Estado sobre toda o determinadas partes de la economía de un país. (Jiménez, 2012, p.17)

3. Políticas sociales

La política social se define como el conjunto de objetivos, regulaciones, sistemas y entidades por medio de las cuales el Estado se dirige a crear oportunidades y fortalecer instrumentos en términos de la equidad y la integración social. El contenido de la política social es el conjunto de transferencias en la forma de recursos financieros, medidas reguladoras, distributivas y redistributivas de servicios en las áreas de salud, educación, seguridad social, vivienda, protección laboral y asistencia a las familias (CEPAL, 2002).

4. Políticas públicas

La política pública se puede definir como:

Curso o línea de acción definido para orientar o alcanzar un fin, que se expresa en directrices, lineamientos, objetivos estratégicos y acciones sobre un tema y la atención o transformación de un problema de interés público. Explicitan la voluntad política traducida en decisiones y apoyo en recursos humanos, técnicos, tecnológicos y financieros y se sustentan en los mandatos, acuerdos o compromisos nacionales e internacionales (Análisis del Desarrollo, MIDEPLAN 2008-2016, citado en, MIDEPLAN, 2016, p.6).

5. Cultura y valores sociales

“La cultura, según Barrera citando Harris, en su sentido etnográfico, es ese todo complejo que comprende conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres y cualesquiera otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre en tanto que es miembro de la sociedad” (Barrera, 2013, p.3).

6. Condiciones epidemiológicas

El modelo plantea que condiciones epidemiológicas, como el caso del VIH/SIDA, que ejercen una poderosa influencia en las estructuras sociales, deben tenerse en cuenta en la formulación de políticas nacionales y mundiales (Solar e Irwin, 2010).

- Posición socioeconómica

Solar e Irwin (2010) plantean que la posición socioeconómica se da producto de la interacción entre el contexto socioeconómico y político con el individuo, los cuales son mecanismos estructurales que generan estratificación. El resultado, por consiguiente, es la posición socioeconómica de los individuos.

El modelo plantea una serie de variables utilizadas para operacionalizar la posición socioeconómica. Se encuentran las variables referentes a: ingresos, educación y ocupación, que sirven como medida de la estratificación social. Posteriormente, contiene variables importantes como la clase social, género y etnia, las cuales terminan de completar la operacionalización de la posición socioeconómica. A continuación, se detallan cada una de estas variables.

1. Ingreso

El ingreso es el indicador de nivel socioeconómico que mide, de manera más directa, la posición socioeconómica, debido a que permite la adquisición de recursos y puede influir en una amplia gama de circunstancias materiales con directa implicación para la salud (Solar e Irwin, 2010).

2. Educación

La educación es un indicador de uso frecuente en epidemiología y se puede medir como una variable numérica (años de educación completa) o como una variable categórica al evaluar la educación en hitos, ya sea la finalización de primaria o bachillerato, diplomas de educación superior o grados. El modelo señala que la educación es un fuerte determinante de empleo e ingresos futuros. Asimismo, establece que los conocimientos y habilidades adquiridos a través de la educación pueden afectar el funcionamiento cognitivo de una persona, hacerlos más receptivos a mensajes de educación sanitaria, o mejorar habilidades para comunicarse y, así, acceder a servicios de salud apropiados (Solar e Irwin, 2010).

3. Ocupación

Determina el lugar de las personas en la jerarquía social, no solo porque indica exposición a determinados riesgos ocupacionales, sino que también identifica las relaciones de trabajo de dominación y subordinación entre empleadores y empleados o, con menos frecuencia, caracterizar a las personas como explotadoras o explotado en las relaciones de clase (Solar e Irwin, 2010).

4. Clase social

La clase social se define por las relaciones de propiedad o control sobre los recursos productivos (físicos, financieros y organizativos). Tiene consecuencias importantes para las vidas de los individuos, ya que el alcance del derecho legal y poder controlar los activos productivos determinan las estrategias y prácticas de un individuo, dedicadas a adquirir ingresos y como resultado determina el nivel de vida del individuo (Solar e Irwin, 2010).

La clase, en contraste con la estratificación, indica las relaciones laborales y las condiciones de cada ocupación (Solar e Irwin, 2010).

5. Género

Se refiere a las características de mujeres y hombres contruidos socialmente, implica "convenciones, roles y comportamientos" que dan forma a las relaciones entre mujeres y hombres y niños y niñas. En muchas sociedades, el género constituye un elemento fundamental base para la discriminación; puede definirse como el proceso por el cual los miembros de una sociedad definida son tratados de manera diferente o injusta por su inclusión en ese grupo social (Solar e Irwin, 2010).

Las mujeres y las niñas soportan la principal carga de efectos negativos para la salud en jerarquías sociales basadas en el género, ya que, a menudo, incluye limitaciones en la capacidad de las niñas y las mujeres de obtener educación y acceso a formas de empleo respetadas y bien remuneradas (Solar e Irwin, 2010).

6. Etnia

El modelo plantea que las construcciones de diferencias raciales o étnicas son la base de las divisiones sociales y prácticas discriminatorias en muchos contextos. Asimismo, plantea que, en sociedades marcadas por la discriminación racial y exclusión, la pertenencia de personas a un marginado grupo racial/étnico afecta todos los aspectos de su estado, oportunidades y trayectoria a lo largo el curso de la vida (Solar e Irwin, 2010).

- Determinantes intermedios

El modelo plantea que los determinantes estructurales operan a través de una serie de intermediarios sociales, denominados también DSS, donde los determinantes sociales de las inequidades en salud son, causalmente, antecedentes de estos determinantes intermedios. Estos están vinculados, por otro lado, a un conjunto de influencias a nivel individual, incluidos los comportamientos relacionados con la salud y los factores fisiológicos (Solar e Irwin, 2010).

Las variables que se utilizan para el análisis de los determinantes intermedios son las circunstancias materiales, circunstancias psicosociales, factores de comportamiento y biológicos, el propio sistema de salud como un determinante y la cohesión sociales. A continuación, se especifican cada uno de estos elementos.

1. Circunstancias materiales

Las circunstancias materiales incluyen los determinantes vinculados a lo físico como el medio ambiente, la vivienda (la propia vivienda y su ubicación), consumo potencial, es decir, los medios financieros para comprar comida, ropa de abrigo, etc., el trabajo físico y su entorno. Dependiendo de su calidad, estas circunstancias proporcionan recursos para la salud y contienen los riesgos para la salud (Solar e Irwin, 2010).

2. Circunstancias psicosociales

Esta variable incluye estresores psicosociales como acontecimientos vitales negativos y tensión laboral, circunstancias de vida estresante como alta deuda y falta de apoyo social y de estilos de afrontamiento, etc. Diferentes grupos sociales están expuestos en diferentes grados a experiencias y situaciones de la vida que se perciben

como amenazantes, atemorizantes y difíciles de afrontar en el día a día (Solar e Irwin, 2010).

3. Factores conductuales y biológicos

Se comprende como factores conductuales el fumar o no fumar, la dieta, el consumo de alcohol, la falta de ejercicio físico. Posteriormente, como factores biológicos se incluyen los factores genéticos, edad y sexo, todo desde una perspectiva desde los DSS (Solar e Irwin, 2010).

4. El sistema de salud como un determinante de la salud

El modelo propone que el rol del sistema de salud se vuelva particularmente relevante a través de la cuestión del acceso, que incorpora diferencias en exposición y vulnerabilidad. Además, expone que el sistema de salud puede abordar directamente las diferencias en la exposición y vulnerabilidad, no solo mejorando la equidad en el acceso a la atención, sino también en la promoción de acción intersectorial para mejorar el estado de salud (Solar e Irwin, 2010).

5. Cohesión social/Capital social

Se entiende como las características de la organización social, como las redes, las normas y la confianza social, las cuales facilitan la coordinación y cooperación para beneficio mutuo (Solar e Irwin, 2010).

C. Servicios de salud

Una vez detallado el modelo de Determinantes Sociales de la Salud que se pretende utilizar, se considera necesario realizar un acercamiento a los conceptos de servicios de salud y acceso a servicios de salud. Según la OMS, los servicios de salud son todas aquellas acciones o productos que ofrecen las instituciones y organizaciones de los sistemas de salud con la finalidad primordial de mejorar la salud de las personas (OMS, 2021).

Posteriormente, el acceso a servicios de salud se entiende como:

Un proceso mediante el cual se puede lograr que una necesidad de atención se satisfaga completamente. Este incluye varias etapas o momentos clave, que pueden ser objeto de análisis: la necesidad, la búsqueda de servicios, el inicio de la atención y la continuidad en el sistema de prestación para resolver la necesidad; y en él intervienen varios agentes: personal de salud, administradores de los servicios, usuarios, entidades de regulación y financiamiento y otras (Fuentes, 2017, p.274).

A partir de este autor, se evidencia que el acceso a los servicios de salud no hace referencia solamente a su utilización. El acceso en sí es un entramado complejo en el cual entran en juego diferentes variables como la disponibilidad, cercanía, satisfacción de los usuarios y la capacidad resolutive del sistema.

El acceso a los servicios de salud puede ser abordado desde 4 dimensiones (Fuentes, 2017, p.276):

- Accesibilidad geográfica: Relacionada con la distancia entre beneficiarios y servicios, y la posibilidad de cubrir ese recorrido a partir de las vías de comunicación existentes y los transportes disponibles.
- Económica: Relacionado a la capacidad financiera de las personas en relación con los costos asociados a atención y otros aspectos relacionados con esta.
- Administrativa: Referida a trabas burocráticas, relacionadas con el acceso al servicio.
- Simbólico-cultural: Hábitos y costumbres de la población y las posibles diferencias existentes a nivel cultural entre beneficiario y prestadores de los servicios.

Para el caso de los servicios de salud costarricenses, es necesario iniciar por la definición del sistema de salud y su reseña histórica. Según la OPS, 2014, el sistema de salud costarricense se ha construido a lo largo de varias décadas. Uno de sus principales

antecedentes fue la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública, fundada en el año 1922. Posterior a esto, la subsecretaría evolucionó al Ministerio de salud (MINSA). En el año 1941, se crea la CCSS, principal prestadora de servicios de salud.

El sistema de salud está conformado por la CCSS, el Instituto Nacional de Seguros (INS), el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), UCR, gobiernos municipales y el MINSA encargado de la rectoría Sectorial (OPS, 2014).

Para fines de esta investigación, se realiza un enfoque en el componente de servicios de salud que brinda la CCSS, debido a que el presente estudio se centra únicamente en los servicios brindados por esta institución en sus dos primeros niveles de atención. Se especifica el tercer nivel de atención, aunque no se incluya, debido a que este nivel de servicio no se encuentra presente en la ubicación geográfica.

La CCSS posee una red de servicios estructurada a partir de tres niveles de atención que se diferencian de su capacidad resolutive. Estos servicios pueden ser brindados directamente por la entidad o pueden ser contratados a proveedores del sector privado, con o sin fines de lucro (OPS, 2014, p.).

El primer nivel de atención comprende los servicios básicos de salud que realizan acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de menor complejidad. Estas acciones están a cargo de los integrantes de los EBAIS, quienes cumplen con la consulta externa, medicina general de las clínicas, centros y puestos de salud, consultorios comunales, domicilios, escuelas y centros de trabajo. Los establecimientos de la CCSS típicos de este nivel de atención son los puestos y los centros de salud, las clínicas tipo I, II y III, así como la consulta de medicina general de las clínicas tipo IV y de los hospitales periféricos y regionales (García, 2004).

El servicio de atención primaria forma parte de la cartera de servicios del primer nivel de atención. Se entiende la “atención primaria” como el servicio brindado por los EBAIS; su accionar es de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Los EBAIS se encuentran conformados por un médico, un auxiliar de enfermería y un asistente técnico en atención primaria (ATAP) (Morera & Aparicio, 2010).

El segundo nivel de atención brinda apoyo al primer nivel de atención y ofrece intervenciones ambulatorias y hospitalarias por especialidades básicas y algunas subespecialidades. Los hospitales que corresponden a este nivel cuentan con quirófanos dotados de personal y equipo para realizar, por ejemplo, una cirugía mayor poco compleja. Los establecimientos típicos de este nivel son las clínicas tipo IV y los hospitales periféricos tipo 1, 2 y 3 (García, 2004).

En el tercer nivel de atención se proveen servicios ambulatorios y de hospitalización más complejos en las especialidades y subespecialidades del segundo nivel de atención y en todas las demás subespecialidades. Adicionalmente, en este nivel se brindan servicios de apoyo, diagnóstico y terapéutico que requieren de alta tecnología y especialización. Los establecimientos típicos de este nivel de atención son los hospitales regionales y los hospitales nacionales generales y especializados (García, 2004). A partir de lo mencionado, aunque existen diferentes regímenes de aseguramiento y como existen poblaciones que reciben cobertura de los servicios por parte del estado (menores de edad y mujeres embarazadas), diferentes autores han descrito que aún existen poblaciones que no acceden a los servicios de salud.

Según Sáenz (2011), a pesar del reconocimiento del régimen no contributivo y la categoría de “No Asegurado” aún existen grupos de poblaciones que no logran tener un acceso a la seguridad social. Un ejemplo de estas poblaciones son los migrantes pobres no aceptados como beneficiarios a cargo del Estado, trabajadores informales, migrantes indocumentados, trabajadores temporales y algunas poblaciones indígenas por acceso geográfico, población en condición de pobreza, entre otras.

La salud de las poblaciones se ve determinada por los DSS, los cuales se definieron como las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Por medio de la especificación del Modelo de los DSS de las Desigualdades en Salud de Solar e Irwin se logra identificar el sistema de salud como un determinante social de la salud. Hirmas et al. (2013) plantean que el sistema sanitario es un determinante de la salud en sí mismo e interacciona y puede modificar el efecto de otros determinantes sociales. Esto porque tiene la responsabilidad de desempeñar una función

activa en las condiciones sociales que afectan el nivel de salud, a través del acceso equitativo a los servicios de atención (Hirmas et al., 2013).

Al ser el sistema de salud un determinante social para la salud misma, la equidad en el acceso al mismo resulta fundamental. Hirmas et al. (2013), plantean que, para lograr equidad en salud es necesario que exista equidad de acceso a la atención, algo que se logra cuando todas las personas acceden a los servicios de salud y sociales acorde a sus necesidades e independientemente de su capacidad de pago (Hirmas et al., 2013).

Así mismo se mencionan que uno de los modelos más completos para analizar la equidad en el acceso a los servicios de salud es el Modelo de Cobertura Efectiva de Tanahashi. Este modelo plantea que existe una oferta del sistema de salud y las necesidades de salud expresadas como demanda y que, en el proceso de acceso, existe una interacción entre aspectos específicos de la provisión de servicios y de la población. Población que es influenciada tanto por las características del sistema de salud como por los recursos y por sus propias capacidades para reconocer necesidades y buscar atención (Hirmas et al., 2013).

Al hablar de equidad en los servicios de salud de Costa Rica y de población migrante nicaragüense, se hace notar que muchas de estas personas no poseen los derechos ni los requisitos para un aseguramiento. A pesar de esto, en Costa Rica se podría hablar de un acercamiento a la equidad efectiva, debido a los principios en que se basa la seguridad social, en este caso equidad y universalidad de los servicios. Los autores mencionan que este modelo es útil para analizar la equidad en el acceso a la atención sanitaria, porque facilita la identificación de grupos específicos con necesidades insatisfechas e identifica las barreras y facilitadores que obstaculizan o favorecen el logro de la cobertura efectiva en cada uno de los grupos (Hirmas et al., 2013). Mencionan, además, que el modelo de Tanahashi considera las siguientes cuatro etapas en el proceso de acceso para obtener cobertura efectiva:

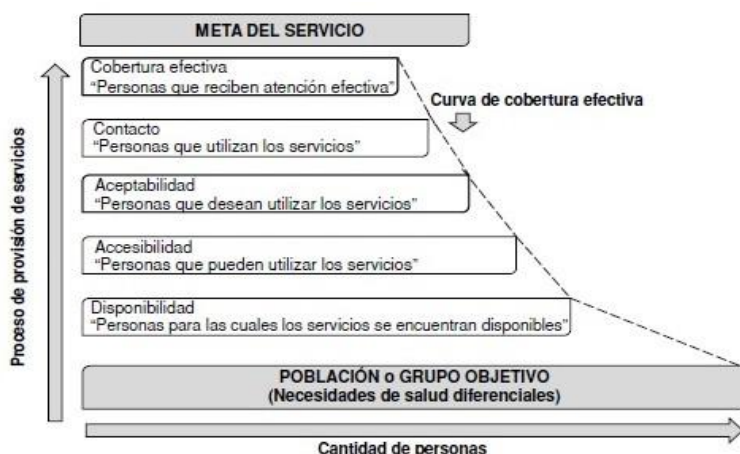
- Disponibilidad: Entendida como disponibilidad de servicios del programa o centro de atención, recursos humanos, equipos, insumos, infraestructura e información.
- Accesibilidad: Asociada a accesibilidad física como distancia, conectividad, y

existencia y tiempo de transporte; organizacional/administrativa, relacionada con requisitos administrativos para la atención, y con la modalidad para obtener horas y horarios de atención, y financiera, relacionada con el costo de transporte, gasto de bolsillo y pérdida de ganancia en el trabajo.

- **Aceptabilidad de los servicios:** Aceptabilidad de los servicios, que depende de la percepción de las prestaciones, influenciada por factores sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad, entre otros.
- **Contacto con el servicio:** Entendido como la continuidad de la atención dada por la adaptación de los servicios de salud al paciente y por la calidad de la atención

A continuación, se presenta la figura explicativa del modelo de Tanahashi.

Figura 2. Modelo de Cobertura Efectiva.



Fuente: Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa, Hirmas et al., 2013.

Finalmente, el modelo de Tanahashi provee un conjunto de variables los cuales, en combinación con los DSS, permiten un acercamiento al estudio del acceso a los servicios de salud. El modelo de cobertura efectiva no toma en cuenta solamente el acceso a los servicios de salud, sino otras categorías que son propias de los servicios cuando ya fueron brindados. Esta complementariedad entre los modelos facilita una combinación valiosa de información que permite identificar el origen de las barreras y facilitadores que

se identifiquen en la población de estudio, lo cual sería aplicable tanto para personas que han logrado ingresar al sistema, como para aquellas que no lo consiguen.

D. Migración

Finalmente, una vez abordados estos elementos referentes de salud, DSS y servicios de salud queda por abordar lo referente a migración, elemento fundamental, especialmente la conceptualización de la relación entre migración y salud. La OIM define migración y salud como un tema de salud pública el cual se refiere a “(...) la teoría y práctica de evaluar y abordar los factores asociados a la migración que afecten potencialmente el bienestar físico, social y mental de los migrantes y la salud pública de las comunidades de acogida” (OIM, 2019, p.132). Por consiguiente, es importante comprender diferentes conceptualizaciones y aclaraciones en torno a la temática de migración.

El término “migrante”, según la OIM:

término que refleja el entendimiento común de una persona que se muda de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país o al otro lado de una frontera internacional, temporal o permanentemente, y por una variedad de razones. El término incluye una serie de categorías legales de personas bien definidas, como los trabajadores migrantes; personas cuyos tipos particulares de movimientos están definidos legalmente, como migrantes objetos de tráfico ilícito; así como las personas cuyo estado o medios de movimiento no están específicamente definidos bajo el derecho internacional, como los estudiantes internacionales (OIM, 2019, p.132).

La persona migrante será esa que se muda de su lugar de residencia habitual dentro o fuera de las fronteras internacionales, debido al contexto de binacionalidad de la comunidad de Upala. La binacionalidad se entiende como la posesión simultánea de la nacionalidad de dos o más países por la misma persona (OIM, 2019).

El asilo, para este caso, será conceptualizado como la concesión por un Estado, de protección en su territorio a personas fuera de su país de nacionalidad o residencia habitual, que están huyendo de persecución o daños graves o por otras razones. El asilo abarca una variedad de elementos, incluida la no devolución, el permiso para permanecer en el territorio del país de asilo, normas de trato humano y, finalmente, una solución duradera (OIM, 2019). Asimismo, los “movimientos transfronterizos” se definen como aquellos movimientos de personas que han sido forzadas u obligadas a dejar sus hogares o lugares de residencia habitual y trasladarse a través de fronteras internacionales (OIM, 2019).

Relacionado a la situación migratoria, se conceptualiza como un migrante en situación regular o irregular:

- Migrante en situación irregular

“La persona que se muda o ha cruzado una frontera internacional y no está autorizado para entrar o permanecer en un Estado, de conformidad con el derecho de ese Estado y los acuerdos internacionales a los que forma parte” (OIM, 2019, p.134).

- Migrante en situación regular

“Persona que se muda o se ha mudado a través de una frontera y está autorizado a entrar o permanecer en un Estado, de conformidad con el derecho de ese Estado y los acuerdos internacionales a los que forma parte” (OIM, 2019, p.134).

Otro de los conceptos mencionados en los antecedentes y otros apartados es el de discriminación el cual la OIM lo define como:

Cualquier distinción, exclusión, restricción o preferencia que sea basado en cualquier motivo como raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otro tipo, origen nacional o social, propiedad, nacimiento u otro estado, y que tiene el propósito o efecto de anulando o menoscabando el reconocimiento, goce o ejercicio por todas las personas, en pie de igualdad, de todos los derechos y libertades. (OIM, 2019, p.70)

Asimismo, se entiende por derecho humano las garantías legales universales que protegen a personas y grupos contra acciones y omisiones que interfieren con las libertades, derechos y dignidad humana (OIM, 2019).

“Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, independientemente del sexo, raza, color, idioma, religión o convicciones, opinión política o de otro tipo, origen nacional, étnico o social, nacionalidad, edad, posición económica, propiedad, estado civil, nacimiento u otro estado” (OIM, 2019, p.57).

Papacchini expone que el principal valor presente para comprender los derechos humanos es la libertad.

“La libertad es el resultado de los procesos de interacción social en el cual se da el reconocimiento mutuo, y donde los ciudadanos poseen los medios para garantizar las condiciones mínimas para poder vivir, hacer y ser feliz. Pensamiento que ha persistido y ha permitido el desarrollo y la consolidación de los derechos humanos” (López, 1999, p.42).

Toda persona que resida dentro del territorio nacional posee derechos civiles y políticos, entendidos como aquellos derechos y libertades que protegen la salud física y mental de las personas, integridad y participación cívica y política frente a cualquier interferencia arbitraria (OIM, 2019). Asimismo, los derechos económicos, sociales y culturales posibilitan un nivel de vida adecuado para las personas dentro del concepto de dignidad humana. Entre estos, se encuentran la alimentación, seguridad social, salud física y mental, vivienda, trabajo, sindicalización, educación, medio ambiente sano y agua (Gonzáles, 2009).

Al hablar de migración, es necesario hacer referencia al concepto de “migración forzosa o forzada” el cual habla de un desplazamiento de personas por un territorio. La OIM afirma —y hace referencia a este término— como aquellas personas o grupos de personas que hayan sido forzadas u obligadas huir o abandonar sus hogares o lugares de residencia habitual, ya sea a través de una frontera internacional o dentro de un Estado, en particular como resultado de o para evitar los efectos de conflicto, situaciones de

violencia generalizada, violaciones de derechos humanos derechos o desastres naturales o provocados por el hombre (OIM, 2019). Por otro lado, una comunidad de acogida se define como una comunidad nacional o local en la que las personas desplazadas residen temporalmente (OIM, 2019).

En el período 2018-2020, existió un crecimiento en la solicitud de refugio por parte de personas nicaragüenses; sin embargo, debido a la cantidad de solicitudes negadas, el flujo de personas migrantes que optaba por pedir refugio volvió a la normalidad. Como no a todas las personas se les aprueba esta solicitud surge la “expulsión” como:

“Un acto o conducta formal atribuible a un Estado, por el cual un no nacional se ve obligado a abandonar el territorio de ese Estado” (OIM, 2019, p.85).

Para finalizar, existe un concepto que reúne dos constructos claves: los sistemas y servicios de salud, y la migración. Este concepto es llamado “sistemas de salud adaptados a las necesidades de los migrantes”, entendido como un sistema de salud que incorpora, de forma consciente y sistemática, las necesidades de los migrantes en materia de financiación, política, planificación, implementación y evaluación. Incluye, además, consideraciones como los perfiles epidemiológicos de las poblaciones migrantes, factores culturales, lingüísticos y socioeconómicos y el impacto del proceso migratorio sobre la salud de los migrantes (OIM, 2019).

Todos estos componentes en materia de migración complementados con los elementos abordados de salud pública, promoción de la salud, DSS y acceso a servicios de salud representan las bases conceptuales en las que se respalda el presente estudio de investigación.

Capítulo III

VIII. Metodología

En el presente apartado se describe el proceso metodológico que se llevó a cabo durante el presente estudio de investigación. Se trabajó con los CMM de Upala y

Desamparados, específicamente con personas migrantes nicaragüenses, personal de los CMM y personal de salud de las áreas del cantón de Upala y Desamparados.

A continuación, se presentan diferentes aspectos como el diseño de investigación, los sujetos participantes, criterios de selección, técnicas e instrumentos de recolección de información, cuadros de operacionalización de objetivos, análisis de la información y las consideraciones éticas del estudio.

A. Diseño de investigación

La presente investigación se enmarca desde un enfoque mixto de investigación, el cual, según Hernández Sampieri (2010), consiste en la integración sistemática de los métodos cuantitativos y cualitativos en un solo estudio, con el fin de obtener una “fotografía” más completa del fenómeno. Según Johnson et al. (2006) citado en Hernández Sampieri (2010), este enfoque visualiza la investigación mixta como un continuo donde se mezclan los enfoques cualitativos y cuantitativos, centrándose más en uno de éstos o dándoles el mismo peso. Desde este posicionamiento, se presenta este estudio de tipo transformativo concurrente (DISTRAC), el cual se define por una recolección de datos cuantitativos y cualitativos en un mismo momento (concurrente) y puede darse o no mayor peso a uno u otro método, pero la recolección y el análisis son guiados por una teoría, visión, ideología o perspectiva, incluso un diseño cuantitativo o cualitativo.

Para fines de esta investigación, el estudio se encuentra guiado por dos modelos teóricos-metodológicos. Para el análisis de los DSS, se eligió el modelo desarrollado por Solar e Irwin denominado “Desigualdades en Salud”, propuesto por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS en el año 2010. Este modelo permite una clasificación de los determinantes en intermedios y estructurales, lo que permite indagar desde un marco estructurado —y de manera más completa— las características que se pueden asociar a las barreras y elementos facilitadores de acceso a servicios de salud. Asimismo, el modelo propuesto por Tanahashi, citado en Hirmas (2013), permite complementar el modelo de “Desigualdades en Salud”, con el fin de analizar la dinámica de

los servicios de salud públicos bajo las cinco variables: cobertura efectiva, contacto, aceptabilidad, accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud.

Por otro lado, los estudios mixtos de tipo transformativo concurrente pueden adquirir formato anidado (diseño en el cual el método que posee menor prioridad es anidado o insertado dentro del que se considera central) o formato de triangulación (diseño en el cual se efectúa validación cruzada entre datos cualitativos y cuantitativos). Su finalidad es hacer converger la información cuantitativa y cualitativa, ya sea “anidándola o conectándola o logrando su confluencia” (Hernández Sampieri, 2010).

Es por esto, se toma una perspectiva y formato “anidado”, el cual se define como método de mayor prioridad, el cualitativo, y, como método anidado, el cuantitativo. Se tomó el cualitativo como el método de prioridad debido a que permite profundizar en aspectos relacionados a las experiencias de los participantes. Según Calderón & Sanmamed (2008) en este enfoque de investigación se habla de interpretar, profundizar, descubrir, conocer intensivamente, poniendo un mayor énfasis en el contexto tomando en cuenta la presencia de valores y de las experiencias de los participantes.

B. Sujetos participantes

Se trabajó con los siguientes tres grupos de sujetos participantes:

- Personas migrantes nicaragüenses de los cantones de Upala y Desamparados.
- Personal de los servicios de salud de los cantones de Upala y Desamparados.
- Personal de los CMM de los cantones de Upala y Desamparados.

Personas migrantes nicaragüenses

Para el último censo, realizado en 2011, se estimó la presencia de 290,000 personas nicaragüenses en territorio nacional. En el caso de la población migrante nicaragüense del cantón de Upala, en la provincia de Alajuela, para el último censo nacional del 2011, se estimó que residían un total de 43,950 personas en el cantón, un 11% de la población era de nacionalidad nicaragüense. En el caso del cantón de

Desamparados, de la provincia de San José, en el último censo realizado en 2011, se estimó que residían un total de 208,411 personas en el cantón, un 5% de población era de nacionalidad nicaragüense

Para efectos del presente estudio de investigación, no se trabajó con el total de la población nicaragüense de los cantones de Upala y Desamparados, sino solo con una muestra seleccionada de personas migrantes nicaragüenses que asisten a los CMM de los cantones de Upala y Desamparados. Se trabajó con un perfil de personas que incluyó hombres y mujeres de 18 a 65 años, pues este grupo etario responde a personas en edad productiva.

Juegan un papel importante los CMM, pues la captación de las personas migrantes se dio a través de las instalaciones de las ventanillas informativas. Para el caso del cantón de Upala, la ventanilla informativa del CMM se encuentra ubicada en la infraestructura de la oficina administrativa de la municipalidad. Los investigadores asistieron a la zona (en especial, a esta ventanilla) en las fechas del 21 al 25 de septiembre del 2021. Para efectuar la captación de las personas migrantes nicaragüenses se contó con el apoyo de la contraparte municipal del CMM, quién incentivó a las personas migrantes nicaragüenses a colaborar en el desarrollo del estudio. Aquellas personas que aceptaron participar en el estudio y cumplían con los criterios de inclusión firmaron un consentimiento informado, con el propósito de resguardar principios éticos y aspectos de confidencialidad en la recolección y uso de la información brindada.

Para el cantón de Desamparados, la ventanilla informativa del CMM se encuentra ubicada en la infraestructura de la Casa de Derecho de la municipalidad. Los investigadores asistieron a la zona (en especial, a esta ventanilla) en las fechas del 3 al 8 de octubre. Para efectuar la captación de las personas migrantes nicaragüenses, se contó con el apoyo de la contraparte municipal del CMM, quién incentivó a las personas migrantes nicaragüenses a colaborar en el desarrollo del estudio. Sin embargo, debido a instrucciones municipales producto de la pandemia ocasionada por la COVID-19, la ventanilla no se encontraba funcionando en su máxima capacidad, lo cual dificultó la captación de las personas migrantes nicaragüenses. Ante esta situación, se accedió a

registros telefónicos de personas migrantes nicaragüenses, facilitados por la persona funcionaria del CMM y se realizaron llamadas para completar la muestra requerida.

Aquellas personas que aceptaron participar en el estudio de manera presencial y que cumplían con los criterios de inclusión firmaron un consentimiento informado, con el propósito de resguardar principios éticos y aspectos de confidencialidad en la recolección y uso de la información brindada. En el caso de las personas que participaron vía telefónica, se les leyó el consentimiento con el propósito de obtener un consentimiento verbal de participación.

Personal de los servicios de salud

Los establecimientos de salud y dependencias de la CCSS operan bajo un modelo de redes, con un abordaje inter-niveles entre las distintas unidades del sistema, basado en protocolos de atención y relaciones de mutua colaboración con el objetivo de asegurar la continuidad de la atención de los usuarios.

El cantón de Upala pertenece a la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega y cuenta con 12 EBAIS y 37 puestos de visita periódica, los cuales responden al primer nivel de atención donde se realizan acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de menor complejidad. El cantón cuenta con el Hospital Regional de Upala, perteneciente al segundo nivel de atención, donde se brinda apoyo al primer nivel de atención y ofrece intervenciones ambulatorias y hospitalarias por especialidades básicas como medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, psiquiatría y cirugía general. En el segundo nivel de atención, se brindan algunas subespecialidades como neonatología, otorrinolaringología, ortopedia, cardiología, dermatología, oftalmología y otras, según el perfil epidemiológico de la población.

Se visitaron la Clínica Central de Upala y el EBAIS de San José de Upala. Ahí, se entrevistaron profesionales en salud de cada localidad; ambos establecimientos pertenecientes al primer nivel de atención. La primera persona entrevistada corresponde a la Clínica Central de Upala; poseía formación en Trabajo Social, con un año de experiencia en la CCSS. La persona entrevistada en al EBAIS de San José de Upala

poseía formación en enfermería y contaba con cuatro años de experiencia en la institución.

La captación de estos profesionales se realizó por medio de una coordinación previa, vía telefónica, para asistir a sus lugares de trabajo. Para la aplicación de los instrumentos de recolección de información, firmaron un consentimiento informado, con el propósito de resguardar principios éticos y aspectos de confidencialidad en la recolección y uso de la información brindada.

Por otro lado, el cantón de Desamparados pertenece a la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Sur y cuenta con 47 EBAS, los cuales responden al primer nivel de atención donde se realizan acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de menor complejidad. El cantón cuenta con la Clínica Marcial Fallas, perteneciente al segundo nivel de atención, donde se brinda apoyo al primer nivel de atención y ofrece intervenciones ambulatorias y hospitalarias por especialidades básicas como medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, psiquiatría y cirugía general. En el segundo nivel de atención, se brindan algunas subespecialidades como neonatología, otorrinolaringología, ortopedia, cardiología, dermatología, oftalmología y otras, según el perfil epidemiológico de la población. En el cantón de Desamparados, se visitó la Clínica Marcial Fallas, perteneciente al segundo nivel de atención, donde se entrevistaron dos profesionales del servicio de salud.

La primera persona entrevistada poseía una formación en Medicina y Administración de servicios de salud y contaba con 24 años de experiencia en la CCSS. La segunda persona participante poseía formación en Promoción de la Salud y Registros Médicos y contaba con dos años de experiencia en la institución.

La captación de estos profesionales se realizó por medio de una coordinación previa, vía telefónica, para asistir a sus lugares de trabajo. Para la aplicación de los instrumentos de recolección de información, firmaron un consentimiento informado, con el propósito de resguardar principios éticos y aspectos de confidencialidad en la recolección y uso de la información brindada.

Personal de los CMM

En el caso de los CMM, estos se encuentran conformados por dos personas: una persona que responde a la contraparte del gobierno local de la Municipalidad y una persona de la contraparte de la OIM.

En el caso del cantón de Upala, la persona contraparte del gobierno local contaba con formación en psicología y tenía siete meses de laborar en la municipalidad. En contraparte, la persona de la OIM se desempeñaba como Promotora Local y contaba con tres años de experiencia en la ventanilla informativa.

Para el cantón de Desamparados, la persona que funge como contraparte del gobierno local contaba con formación en Derecho y con 21 años de experiencia de colaborar en la municipalidad. Por otra parte, la persona de la OIM se desempeñaba como Promotora Local y contaba con 3 años de experiencia en la ventanilla informativa.

La captación de estos profesionales se realizó por medio de una coordinación previa vía telefónica para asistir a sus lugares de trabajo. Para la aplicación de los instrumentos de recolección de información, firmaron un consentimiento informado con el propósito de resguardar principios éticos y aspectos de confidencialidad en la recolección y uso de la información brindada.

C. Criterios de selección de los participantes

Para la selección de los participantes, se consideró el muestreo de tipo teórico, característico de las investigaciones cualitativas. Consiste en realizar el diseño según el constructo teórico que acompaña el cuerpo del estudio, lo cual permite definir los perfiles de informantes que aseguran la máxima variedad de discursos que el investigador considera que pueden influir en los diferentes significados del objeto de estudio (Calderón & Sanmamed, 2008).

En el período en el que se realizó la recolección de datos, existían, a nivel país, un total de tres CMM, ubicados en Talamanca, Upala y Desamparados. Se utilizó como criterio de exclusión trabajar con los CMM de Upala y Desamparados únicamente ya

que estos tienen como población meta la población migrante nicaragüense debido al alto porcentaje de población que reside en estos cantones.

A diferencia de Upala y Desamparados, el CMM de Talamanca tiene como población meta el trabajo con migrantes que vienen de países del sur del continente, en este caso, migrantes de nacionalidad colombiana, panameña y venezolana.

El CMM ubicado en Talamanca trabaja especialmente con personas indígenas de los grupos que se ubican principalmente en Panamá, cerca de la frontera sur de Costa Rica. En este caso, se movilizan al país de forma estacional y esporádica para trabajar en las diferentes temporadas de recolección de frutos y semillas como el plátano, banano y café. Por otro lado, el perfil de los participantes se construyó a partir de los criterios de inclusión del estudio donde se toma en cuenta la población migrante nicaragüense, el personal de los servicios de salud y el personal de los CMM de Upala y Desamparados.

Para la selección de los participantes

Criterios de inclusión de la población migrante nicaragüense:

- Ser mayor de 18 años.
- Residir en el cantón de Upala o Desamparados.
- Haber ingresado a Costa Rica en el periodo 2018-2020.
- Tener interés y disponibilidad para participar en la investigación.

Para el caso de esta población, no se hizo distinción por estado civil, estatus migratorio o situación laboral.

Criterios de inclusión del personal de salud de Upala y Desamparados:

- Trabajar en alguna de las áreas de salud, EBAIS o puesto de visita periódica de Upala y/o Desamparados.
- Tener al menos 1 año de experiencia en el área, en el periodo 2018-2020.
- Ser personal de atención directa, atención primaria y/o direcciones de servicio.

Criterios de inclusión para el personal de los CMM de Upala y Desamparados:

- Trabajar en el CMM de Upala y/o Desamparados según corresponda.
- Tener al menos un año de experiencia en el área, en el periodo 2018-2020.
- Estar en contacto directo con la población migrante que asiste al CMM.
- Ser funcionario de la Municipalidad de Upala, Desamparados o de la OIM.

De igual manera, se utilizó el criterio de saturación para estudios cualitativos, el cual no se define como un dato numérico, sino por la calidad y cantidad de información obtenida en función de los objetivos del estudio (Calderón & Sanmamed, 2008). En el estudio participaron un total de 84 personas, distribuidos en 76 personas migrantes, 4 funcionarios de los servicios de salud y 4 funcionarios de los CMM. En el siguiente apartado, se detalla la distribución de participantes por cada una de las técnicas aplicadas.

Esta cantidad de participantes se consideró suficiente, debido a que se obtuvo una saturación o redundancia de información, es decir, las unidades de muestreo, en cierto punto, ya no aportaban o contribuían al entendimiento del fenómeno de estudio.

D. Técnicas e instrumentos de recolección de información

Para llevar a cabo esta investigación, se desarrollaron dos técnicas de recolección de información: la entrevista semiestructurada y la encuesta. Asimismo, se diseñaron dos instrumentos de recolección de datos, para el caso de la entrevista semiestructurada según Hernández, Fernández y Baptista (2010), se elaboró una guía de entrevista semiestructurada a partir de preguntas y ejes temáticos. Por otro lado, para la encuesta según Barrantes (2013), se confeccionó un formulario. A partir de estos, se recolectó información referente a las características de las personas migrantes que participaron en el estudio y otros aspectos relacionados al acceso a servicios de salud, complementado con la perspectiva de personal de salud y personal de los CMM.

Los instrumentos diseñados para dichos fines fueron una guía de entrevista semiestructurada y un formulario, estos contaron con preguntas generales, relacionadas a aspectos individuales y de opinión respecto a los servicios de salud. Para la aplicación de estos instrumentos, se tomaron en cuenta las características de cada persona, como los horarios disponibles para aplicación y/o cualquier otra situación que se presente para asegurar su participación.

1. Entrevista Semiestructurada

Este tipo de entrevista posee un carácter de flexibilidad necesario para el abordaje de las diferentes temáticas propuestas en los instrumentos. Según Hernández, Fernández y Baptista (2010), la entrevista semiestructurada se basa en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador posee la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar más información sobre los temas deseados. Para la aplicación de esta técnica, se elaboraron tres guías de preguntas dirigidas a los tres grupos de sujetos participantes (personas migrantes nicaragüenses, personal de salud y personal de los CMM), tomando en cuenta los perfiles y criterios anteriormente descritos.

En cuanto a la guía de entrevista dirigida a las personas migrantes nicaragüenses, este instrumento está estructurado en tres apartados. El primero responde a características de la persona entrevistada como edad, sexo, lugar de residencia, entre otros aspectos. El siguiente apartado responde a algunos aspectos relacionados a las condiciones de vida de la persona; y el último apartado aborda todos los temas relacionados con el uso y/o acceso a servicios de salud, basado desde la experiencia personal. (Ver anexo 1).

La guía de entrevista dirigida al personal de salud y de los CMM de Upala y Desamparados, posee un primer apartado con preguntas generales y profesionales de la persona. (Ver anexo 2 y 3).

Las entrevistas semiestructuradas se desarrollaron durante el mes de septiembre a diciembre del año 2021, en un horario de 7:00 a.m. a 5:00 p.m., según la disponibilidad de los y las participantes. La duración de las entrevistas, tanto a migrantes como a funcionarios, tuvo un promedio de 25 a 30 minutos. En el caso de las personas migrantes, se dio la participación de 10 personas del cantón de Upala y 10 personas del cantón de Desamparados con las siguientes características:

Cantón de Upala:

- Participación de 6 hombres y 4 mujeres.
- Entre los 18 a los 61 años cumplidos.

Cantón de Desamparados:

- Participación de 2 hombres y 8 mujeres.
- Entre los 18 a los 57 años cumplidos.

En el caso de los profesionales participantes presentaron las siguientes características:

Profesionales del Centro Municipal para Migrantes de Upala:

- Participación de 1 hombre y 1 mujer.
- Entre los 37 y 38 años cumplidos.
- Perfil profesional de Trabajo Social.

Profesionales del Centro Municipal para Migrantes de Desamparados:

- Participación de 1 hombre y 1 mujer.
- Entre los 22 y 62 años cumplidos.
- Perfil profesional de Psicología y Trabajo Social.

Profesionales de servicios de salud de Migrantes de Upala:

- Participación de 1 hombre y 1 mujer.
- Entre los 33 años cumplidos.
- Perfil profesional de Enfermería y Trabajo Social.

Profesionales de servicios de salud de Migrantes de Desamparados:

- Participación de 2 mujeres.
- Entre los 25 y los 58 años cumplidos.
- Perfil profesional de Promoción de la Salud y Médico General.

Todas las personas profesionales participantes poseían al menos un año de experiencia en el puesto y contaban con contacto directo con población migrante nicaragüense en sus áreas laborales respectivas.

2. La encuesta

Según Barrantes (2013), la encuesta es una técnica valiosa para la recolección de datos cuantitativos, ya que es un procedimiento para explorar ideas y creencias generales

sobre algún aspecto de la realidad. Además, menciona que se puede considerar como una técnica útil en el proceso de acercamiento a la realidad.

Se eligió la encuesta como una de las técnicas porque permite al investigador abordar los datos de manera concreta y sistemática, de modo que permite un intercambio de información en dos direcciones, lo cual enriquece el proceso de investigación. Además, esta técnica permite abordar algunos aspectos cuantitativos que responden a los DSS de las personas migrantes nicaragüenses.

Para fines de esta técnica, se diseñó un formulario que posee tres apartados específicos. El primer apartado responde a características sociodemográficas de la persona participante. El segundo aborda los determinantes estructurales de la salud como el ingreso, escolaridad, profesión u oficio entre otros. El último apartado del instrumento responde a los determinantes intermedios, relacionados a las características individuales y a las condiciones de vida de la persona. (Ver anexo 4)

La aplicación de estos instrumentos se dio en el periodo de septiembre a diciembre del año 2021. En un horario de 7:00 a.m. a 5:00 p.m., según la disponibilidad de los y las participantes. En este caso, se obtuvo la participación de 36 personas en cada cantón, por lo que se obtuvieron un total de 72 formularios. Existieron casos en los que se tuvo que dar apoyo a la persona ya que no sabía leer ni escribir. En estos casos el proceso de aplicación tuvo una duración promedio de 15 minutos. Las personas participantes responden a las siguientes características:

Cantón de Upala:

- Participación de 21 hombres y 15 mujeres.
- Entre los 18 a 76 años cumplidos.

Cantón de Desamparados:

- Participación de 9 hombres y 27 mujeres.
- Entre los 18 a 63 años cumplidos.

E. Cuadros de operacionalización de objetivos

Parte del desarrollo metodológico de la investigación, fue el desarrollo de los cuadros de operacionalización de objetivos, específicamente para el primer objetivo se elaboró un cuadro de operacionalización de variables y para el segundo y tercer objetivo, cuadros de categorías de análisis. Estos cuadros fueron creados con el fin de contar con una línea temática para la estructuración de los instrumentos y de la investigación misma. Estos cuadros, además, permitieron cerciorar que todas las categorías y variables de investigación propuestas fueron estudiadas. (Ver anexo 5).

F. Procesamiento de datos

Una vez terminada la etapa de recolección de datos, se dió paso a su procesamiento, el cual permitió transformar la información obtenida en un formato que puede ser analizado y comprendido de mejor manera. Este proceso implicó la organización de la información, transcripción, creación de bases de datos y su respectiva limpieza.

Para garantizar la confidencialidad y el anonimato de los participantes, se implementó un sistema de codificación que asignara un identificador único a cada uno y, así, proteger la información recolectada durante el estudio. Esta estrategia de codificación se llevó a cabo a partir de las características de la información recolectada de cada actor participante, en este caso, personas migrantes, personal de los servicios de salud y personal de los CMM. De esta forma, se aseguró que los datos obtenidos no estuvieran vinculados a la identidad real de los participantes, sino que se presentaran de manera anónima y confidencial. El uso de esta técnica permitió garantizar la integridad y privacidad de la información recopilada, lo que contribuyó a la validez y fiabilidad de los resultados obtenidos en el estudio.

A partir de estos criterios para proteger a los participantes, se describen los pasos que se llevaron a cabo para el procesamiento de datos según la naturaleza de cada técnica de recolección utilizada:

1. Procesamiento de datos cuantitativos

Para los datos cuantitativos, se contó con la técnica de la encuesta y el instrumento como instrumento, el cual fue aplicado a personas migrantes nicaragüenses del cantón de Upala y Desamparados. A continuación, se especifican los pasos realizados para el procesamiento de datos cuantitativos de los formularios aplicados:

- Se organizaron los formularios físicos con cada uno de los consentimientos informados, con el fin de asegurar que toda la información que se procesó pertenecía a personas que aceptaron participar en la investigación.
- Se realizó una lista de códigos con el objetivo de transformar las respuestas en símbolos o valores numéricos. Con el fin de que los datos puedan resumirse, codificarse y prepararse para el análisis. (Ver lista de códigos en anexo 6).
- Se generó la creación de tres documentos de Excel: el primero contenía las respuestas del total de participantes de los dos cantones, el segundo y el tercer documento contenían las respuestas de los participantes de cada cantón, respectivamente. Estos documentos estaban estructurados por columnas y filas. El nombre de cada columna correspondía a un ítem del instrumento y las filas a cada uno de los participantes.
- Se realizó el proceso de transformación de la información e integración a los documentos de Excel.
- En el proceso de transcripción de los datos, se identificaron valores perdidos en los formularios y opciones que no estaban contempladas en el instrumento. Para eso, se creó una categoría de valores perdidos y valores emergentes; se les asignó su propio código.
- Una vez creadas las bases de datos, se realizó una revisión visual con el objetivo de asegurar que no se cuentan con espacios en blanco. Esto con el fin de asegurar que todos los datos fueron transcritos.
- Se realizó un control de calidad, en el cual se escogieron aleatoriamente cinco formularios de cada cantón y se revisaron las respuestas de forma manual. Esto con el fin de limpiar las bases de datos y asegurar que no existieron errores al momento de codificar las respuestas y en el proceso de transcripción.

- Posterior a este proceso, se dio la creación de un registro fiel en un disco duro externo y en una carpeta de Google Drive, a las cuales solo el equipo investigador tenía acceso.
- Finalmente, se dio el resguardo de la información física, empacada y resguardada en un lugar seco, donde no tuviera acceso a polvo, luz solar u otro elemento ambiental que pudiera dañar su integridad.

2. Procesamiento de datos cualitativos

Para los datos cualitativos se contó con la técnica de la entrevista semiestructurada y el instrumento de las guías de entrevista, aplicadas a personas migrantes nicaragüenses del cantón de Upala y Desamparados; a profesionales de los establecimientos de salud de los cantones de Upala y Desamparados; y a los profesionales de los CMM de los cantones de Upala y Desamparados. A continuación, se especifican los pasos realizados para el procesamiento de datos cualitativos de las entrevistas semiestructuradas:

- Una vez realizadas las entrevistas, se descargó el archivo de audio mp4. El nombre de cada uno de estos archivos correspondía al código que se le asignó a cada participante. Ejemplo: PMUP23.
- Una vez organizadas todas las grabaciones en una carpeta, se generó una copia al registro fiel en un disco externo y en una carpeta de Google Drive, a la cual solo el equipo investigador tenía acceso.
- Se dio la creación de un documento de Microsoft Office (Word) con el código de cada una de las grabaciones. En este documento de Word se realizó la transcripción manual y literal de las grabaciones de audio.
- Posteriormente, se realizó la lectura de los diversos escritos para el planteamiento de temas preliminares que contienen la información recolectada.

G. Análisis de Resultados

Para el análisis de la información, se utilizó el análisis descriptivo, cuya finalidad es proporcionar una representación precisa de lo que las personas hacen y dicen. Se enfatiza la importancia de presentar los datos con gran detalle y permitir que los lectores hagan sus propias interpretaciones. Este tipo de análisis se centra en describir los eventos, acciones y declaraciones, así como en identificar quiénes son los responsables de ellos y cómo ocurren. (Calderón & Sanmamed, 2008).

De esta manera, se analizaron las diferentes perspectivas y experiencias de los participantes con relación al acceso a servicios de salud de la población migrante nicaragüense de Upala y Desamparados. A continuación, se presenta una descripción del proceso de análisis según la naturaleza de la información.

1. Análisis de datos cuantitativos

Para el análisis de la información cuantitativa, se da la elección del programa estadístico a utilizar. En este caso, el programa de STATA. Durante este proceso, se dio la creación de una nueva base de datos con formato de STATA, esto se realizó por medio de la opción de importar documentos de formato “xls”. Una vez que se colocaron los datos en el programa estadístico, se hizo una revisión visual de que estos no contaran con espacios en blanco y todos los datos estuvieran ordenados de manera correcta; en este caso, que los datos correspondieran a la fila y columna correctas.

La información fue analizada con el objetivo de obtener datos de estadística descriptiva, relacionados a las características del perfil de los participantes de la investigación. Se aplicaron diferentes distribuciones de frecuencia, con el fin de generar datos absolutos, datos porcentuales y otros medios para presentar la información como el uso de gráficos y tablas (Hernández Sampieri, 2010).

Una vez obtenidos todos los datos necesarios de cada una de las variables de estudio, se preparó un informe de resultados. Este informe fue construido a partir de datos absolutos, datos porcentuales y tablas. La información fue presentada de la manera más accesible posible para el lector.

2. Análisis de datos cualitativos

Para el análisis de la información cualitativa, se realizó una lectura previa de las transcripciones de las entrevistas, con el objetivo de identificar las categorías de análisis planteadas en el estudio. Según Calderón (2014), este paso tiene como objetivo buscar y marcar segmentos de texto que tengan sentido o digan algo sobre el tema estudiado. Una vez encontrados estos segmentos, se debe etiquetar cada cita con un nombre que remita al concepto del texto, lo cual permitirá agrupar las diferentes citas del mismo código.

En este paso, se dio la identificación de categorías emergentes, las cuales fueron agregadas a la lista de códigos establecidos. Estos códigos, en general, respondieron a las categorías de análisis propuestas a partir de los dos modelos utilizados en la investigación: el modelo de “Desigualdades en salud” y el modelo de “Cobertura Efectiva”. (Para consultar la lista de códigos, ver anexo 7). La información fue analizada según el tipo de participante. En este caso, se trató toda la información de las entrevistas semiestructuradas de las personas migrantes, personal de salud y personal CMM, según el cantón de procedencia.

El análisis consistió en darle significado a las citas o segmentos etiquetados según las categorías. Dicho significado fue generado por parte del equipo de investigadores. Según Calderón (2014), se pretende establecer significados o elementos interpretativos conceptuales que están presentes y se extraen de los relatos y que comienzan a dar respuesta a las preguntas de investigación.

Posterior a esto, se dio la creación de matrices que resumen los resultados de todo el proceso de análisis. Estas matrices recolectaban los segmentos de las transcripciones, según la categoría de análisis, además del significado que el grupo de investigadores había asignado previamente. Este paso fue crucial para la organización e interpretación de la información.

Como último paso del análisis, se dio la redacción del informe de resultados del análisis de los datos cualitativos. En él, se resumen todos los principales hallazgos del proceso y fue estructurado según la naturaleza de la información.

3. Triangulación de resultados

Una vez concluido con el proceso de procesamiento y análisis de los datos, se procedió a realizar la triangulación de la información, con el fin de identificar relaciones existentes entre los datos tanto cualitativos como cuantitativos. La triangulación de resultados según Barrantes (2013,) “Es la mezcla de dos o más teorías, fuentes de datos, técnicas de investigación, en el estudio de un fenómeno singular, ósea, es el uso de diferentes formas de estudiar un mismo objetivo” (p.135).

Para la triangulación de resultados, se tomaron en cuenta dos formas de realizarlo. Primero la triangulación de datos: se refiere a la consulta en las fuentes de información, teniendo en cuenta distintos actores del contexto; y, segunda, la triangulación de teorías, la cual se logra probando y retomando distintas teorías al respecto de la temática por estudiar, en este caso, el acceso a los servicios de salud de la población migrante nicaragüense (Barrantes, 2013).

En la triangulación de resultados, se tomó en cuenta la información a través de los informes de análisis de resultados cuantitativos, los cuales aportaron información valiosa para describir el perfil de la población migrante nicaragüense. Además, permitió complementar la comprensión de la dinámica de acceso a los servicios de salud de esta población. Por otro lado, se tomó en cuenta el informe de análisis de resultados cualitativos, el cual brindó la posibilidad de comprender los principales elementos que inciden en la dinámica de acceso a los servicios de salud, desde la experiencia de los participantes, en este caso, personal de salud, personal de los CMM y personas migrantes nicaragüenses de Upala y Desamparados.

A partir de esto, se dio una triangulación de tipo teórica de los informes de análisis de resultados cualitativo y cuantitativo. Además, se tomó en cuenta los dos principales referentes teóricos, el modelo de “Desigualdades en Salud” (Solar & Irwin, 2010) y el modelo de “Cobertura Efectiva” de Tanahashi citado en Hirmas et al., 2013. Este ejercicio de triangulación se realizó con el propósito de generar la integración de resultados y recomendaciones para mejorar el acceso a los servicios de salud de la población migrante nicaragüense de Upala y Desamparados.

H. Consideraciones éticas

En este apartado se presentan todos los aspectos éticos tomados en cuenta para garantizar los derechos y deberes de todos los involucrados en el estudio, tanto participantes como equipo investigador. Para esto, se tomaron en cuenta todas las normativas y recomendaciones del Comité Ético Científico (CEC) de la UCR.

A partir de la vulnerabilidad de las personas participantes, resulta imprescindible plantear elementos desde bioética que se tomaron en cuenta para garantizar la seguridad, integridad y dignidad. Para ello, se escogieron los principios de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. Dichos principios se encuentran ordenados según el grado de cuidado que se tuvo al tener contacto con las personas migrantes nicaragüenses.

El primer principio señalado es el de no maleficencia, el cual Siurana señala que la esencia de este principio radica en la obligación de no infringir daño intencionalmente (Siurana, 2010). Se aplicó este principio al respetar, en todo momento, la integridad de los participantes, al evitar caer en ofensas relacionadas con su etnia o lugar de procedencia. También, se evitaron juicios de valor, con relación a la condición de personas migrantes de los participantes. Finalmente, se evitó causar daño o sufrimiento con aspectos relacionados a los estatus migratorios que pudieran presentar los participantes, por ser un tema muy delicado para estas poblaciones.

Como segundo principio, se encuentra la beneficencia de los sujetos de estudio. Este principio se concibe como la acción de prevenir el daño, eliminar el daño o hacer el bien a otros (Siurana, 2010). Bajo esta concepción de beneficencia, fue fundamental comunicar oportunamente a los participantes que el estudio espera generar un beneficio en el derecho humano relacionado al acceso a servicios de salud. Con la aplicación de este principio, se dio el apoyo necesario para la participación de los sujetos de estudio, para garantizar el derecho de participación a todos y todas sin importar la condición que puedan presentar, por ejemplo, las personas participantes que no sabían leer o escribir.

Por otro lado, se encuentra el principio de autonomía, el cual Beauchamp & Childress citados por Siurana (2010), señalan que se manifiesta cuando el individuo actúa libremente de acuerdo con un plan auto escogido (Siurana, 2010). La manera en la que se mantuvo este

principio en todo momento fue con el respeto de las decisiones de los y las participantes, sin que hubiese influencia de por medio. Para ello, el equipo de investigadores se comprometió a que la participación de los sujetos de estudio fuera completamente voluntaria, sin intereses de por medio. Además, se garantizó el derecho de abandonar la investigación cuando así lo desearan. Para cumplir estos aspectos, se procuró tener una comunicación clara por parte de los investigadores, para que los participantes comprendieran sus respectivos derechos antes, durante y después de la investigación.

Finalmente, el cuarto principio: justicia. Beauchamp y Childress, citados por Siurana (2010), entienden que la justicia es el tratamiento equitativo y apropiado, a la luz de lo que es debido a una persona (Siurana, 2010). Bajo esta premisa, se aplicó este principio al procurar garantizar a todos los y las participantes las mismas condiciones bioéticas expuestas en los anteriores principios. Así, se logró un trato equitativo a toda la población de estudio.

Estos cuatro principios bioéticos se encuentran respaldados por otros cuatro puntos de carácter ético, considerados fundamentales en el accionar de esta investigación. Se establecieron al tomar en cuenta aspectos de la Ley No. 9234, Ley Reguladora de la Investigación Biomédica. El primero es la discreción con la información recolectada, punto es fundamental en la generación de confianza con los participantes del estudio. Esto porque, al manejar información relacionada con el estatus migratorio, se puede encontrar resistencia en el desarrollo del estudio. Por ende, fue fundamental garantizar el anonimato y el manejo de la información, a su vez, recolectada únicamente por el equipo investigador. El compromiso del equipo investigador, en relación con el anonimato de los datos y su uso exclusivamente para fines académicos, sería respaldado a través de los consentimientos informados. (Ver anexos 8 y 9).

A las personas participantes se les captó en sus centros de trabajo, oficina del CMM de Upala y Desamparados y de manera telefónica. A partir de esto, se dio una lectura colectiva del consentimiento informado, en el cual los participantes tenían la libertad de expresar si querían participar en el estudio o no. Al momento de dar su consentimiento, se tomaron en cuenta consideraciones como: el propósito del proyecto, qué se hará, los riesgos posibles (incomodidad con alguna pregunta, por ejemplo) y los beneficios que se esperan obtener

con esta investigación. Se le informó a la persona la voluntariedad y la capacidad de retirarse de la investigación en el momento en que considerara necesario. Se garantizó la confidencialidad por medio del resguardo de la información, el uso de códigos para cada participante y resguardando que las únicas personas que tengan acceso a esta información sean única y exclusivamente por el equipo de investigadores.

Una vez terminado el proceso académico, se llevará a cabo una devolución de resultados, por medio de una presentación, a las instituciones y organizaciones participantes. Además, se realizarán: una convocatoria presencial, para una presentación oral de los resultados, y un documento resumen, el cual será distribuido a todas las personas migrantes participantes acerca de los principales hallazgos de la investigación.

Capítulo IV

IX. Presentación de resultados

Este capítulo presenta los resultados obtenidos a través del trabajo de campo realizado, cuyo objetivo es analizar los factores que influyen en la salud de las personas migrantes en los CMM de los cantones de Upala y Desamparados. Para ello, se aplicaron cuatro instrumentos de recolección de datos: una entrevista semiestructurada y un formulario dirigido a personas migrantes, una entrevista semiestructurada a funcionarios de los CMM de ambos cantones y otra entrevista semiestructurada a funcionarios de salud locales.

En total se obtuvo la participación de 84 personas, distribuidas de la siguiente manera:

Tabla 1. Distribución absoluta de participantes de la investigación de Upala y Desamparados, San José, 2021.

(N=84)

| Participantes | Upala n | Desamparados n | Total n |
|--|--------------------|---------------------------|--------------------|
| Personas migrantes nicaragüenses | 40 | 36 | 76 |
| Personal de servicios de salud | 2 | 2 | 4 |
| Personal de Centros Municipales para Migrantes | 2 | 2 | 4 |
| Total | 44 | 40 | 84 |

Fuente: Elaboración propia.

En el caso de la población migrante nicaragüense, se aplicaron dos instrumentos distintos: un formulario y la guía de entrevista semiestructurada. La participación en ambos instrumentos era totalmente voluntaria, por lo que algunos participantes decidieron solo participar en la entrevista, en las encuestas y/o ambos instrumentos.

En el caso de Desamparados, las diez personas que aceptaron participar en las entrevistas también aceptaron participar en el formulario. A diferencia de Upala, que cuatro de las diez personas entrevistadas expresaron no aceptar su participación en el formulario. Por esto, se puede notar una diferencia entre el total de participantes de Upala y Desamparados.

Asimismo, el personal de servicios de salud que participó en la investigación responde a los perfiles profesionales de enfermeros, trabajadores sociales, promotores de la salud y médicos generales. En el caso del personal de los CMM, responden a perfiles profesionales de las áreas de psicología y trabajo social.

La presentación de los resultados se realizará por cada uno de los objetivos propuestos, seguido de cada subdimensión. Además, debido a la naturaleza y a la metodología mixta de esta investigación, en cada uno de los apartados de los resultados de

las subdimensiones se hará, primero, la presentación de resultados cuantitativos y, posteriormente, cualitativos, según el caso.

De acuerdo con lo planteado en el objetivo específico uno, se identifican las principales características de las personas migrantes nicaragüenses que asisten a los CMM para migrantes de Upala y Desamparados, desde el modelo de “Desigualdades en salud” (Solar & Irwin, 2010). Este perfil permite contextualizar la investigación en términos Determinantes intermedios y estructurales de las principales características necesarias que poseen estas poblaciones y sus contextos de vida. En esta sección, se presentan las características sociodemográficas de los participantes, seguido de los resultados de los Determinantes Estructurales; luego, se presentan los resultados de los Determinantes Intermedios.

Aunado a ello, en el objetivo específico 2 se identifican las barreras y facilitadores del acceso a los servicios de salud de las personas que asisten a los CMM de Upala y Desamparados, a partir del modelo de “Cobertura Efectiva” (Hirmas et al., 2013). La sección correspondiente al objetivo 2 posee cuatro apartados de resultados, los cuales responden a las dimensiones del modelo de “Cobertura Efectiva”. Estas dimensiones son Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Contacto con el servicio. Este objetivo solo posee resultados de tipo cualitativo, por lo que no se hará ningún tipo de distinción en su presentación.

A partir de los resultados obtenidos de ambos objetivos y categorías, se obtiene el objetivo número 3 del estudio, el cual responde a la integración de categorías para establecer recomendaciones que fortalezcan el acceso a servicios de salud de las personas migrantes nicaragüenses que fueron partícipes del estudio. La presentación de objetivo se hará por medio de las cuatro dimensiones del modelo de “Cobertura Efectiva” anteriormente mencionado. Este objetivo solo posee resultados de tipo cualitativo, por lo que, al igual que el objetivo 2, no se hará distinción alguna en la presentación de resultados.

A. Caracterización de la población migrante nicaragüense que asiste a los centros municipales para migrantes de Upala y Desamparados desde el modelo de “Desigualdades en Salud”.

1. Contextualización sociodemográfica de los participantes de la investigación.

En cuanto a la contextualización sociodemográfica de los participantes de la investigación, se hará la presentación de los resultados: el número total de participantes, su edad, sexo, lugar de residencia y estado civil. El 100% de las personas migrantes participantes afirmaron ser mayores de 18 años, firmaron un consentimiento informado para ser partícipes del presente estudio y afirmaron ser de nacionalidad nicaragüense. Las personas migrantes del cantón de Upala son provenientes de seis de los ocho distritos y se distribuyen de la siguiente manera:

Tabla 2. Distribución absoluta y porcentual de los distritos de procedencia de las personas migrantes nicaragüenses participantes del cantón de Upala, Alajuela, 2021.

(N=40)

| Distritos | n | % |
|------------------|-----------|--------------|
| Yolillal | 12 | 30,0 |
| San José | 9 | 22,5 |
| Delicias | 6 | 15,0 |
| Upala | 11 | 27,5 |
| Canalete | 1 | 2,5 |
| Aguas Claras | 1 | 2,5 |
| Total | 40 | 100,0 |

Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, los participantes del cantón de Desamparados son provenientes de siete de los doce distritos que componen este cantón:

Tabla 3. Distribución absoluta y porcentual de los distritos de

procedencia de las personas migrantes nicaragüenses participantes del cantón de Desamparados, San José, 2021.

(N=36)

| Distritos | n | % |
|------------------|-----------|--------------|
| Desamparados | 10 | 27,8 |
| San Miguel | 8 | 22,2 |
| San Juan de Dios | 1 | 2,8 |
| San Rafael | 7 | 19,4 |
| Patarrá | 2 | 5,6 |
| Gravilias | 4 | 11,1 |
| Los Guido | 4 | 11,1 |
| Total | 36 | 100,0 |

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se presenta la distribución de los rangos de edades de las personas participantes, según el cantón de procedencia:

Tabla 4. Distribución absoluta y porcentual de rangos de edad de las personas migrantes nicaragüenses participantes de los cantones de Upala y Desamparados, 2021.

(N=76)

| Rangos de edad | Upala | | Desamparados | |
|-----------------------|--------------|--------------|---------------------|--------------|
| | n | % | n | % |
| 18-25 | 4 | 10,0 | 10 | 27,8 |
| 26-35 | 9 | 22,5 | 14 | 38,9 |
| 36-45 | 15 | 37,5 | 8 | 22,2 |
| 46-55 | 7 | 17,5 | 2 | 5,6 |
| 56-65 | 2 | 5,0 | 2 | 5,6 |
| 66-max | 3 | 7,5 | 0 | 0,0 |
| Total | 40 | 100,0 | 36 | 100,0 |

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al sexo de los participantes, en el caso de Upala, la participación total de 40 personas migrantes nicaragüenses, de las cuales el 57,5% eran hombres y el 42,5%,

mujeres. En el caso de Desamparados se obtuvo la participación total de 36 personas, un 75%, mujeres, y un 25%, hombres.

A continuación, se presenta el estado civil de las personas migrantes nicaragüenses participes de este estudio:

Tabla 5. Distribución absoluta y porcentual del estado civil de las personas migrantes nicaragüenses participantes de los cantones de Upala y Desamparados, 2021.

(N=72)

| Estado Civil | Upala | | Desamparados | |
|---------------------|--------------|--------------|---------------------|--------------|
| | n | % | n | % |
| Soltero/a | 14 | 38,9 | 15 | 41,7 |
| Casado/a | 2 | 5,6 | 8 | 22,2 |
| Divorciado/a | 1 | 2,8 | 0 | 0,0 |
| Viudo/a | 1 | 2,8 | 0 | 0,0 |
| Unión libre | 18 | 50,0 | 13 | 36,1 |
| Total | 36 | 100,0 | 36 | 100,0 |

Fuente: Elaboración propia.

A partir de estos resultados se logra evidenciar que el estado civil de mayor estimación en el cantón de Upala es el de Unión libre, con un 52,5% de los participantes; mientras tanto, en Desamparados fue el estado civil de soltero, con un 41,7% de los participantes.

2. Determinantes Estructurales

En esta sección, se exponen los resultados de los Determinantes Estructurales conformados por los determinantes de ingreso, educación, la ocupación, la clase social y el estatus migratorio.

- Determinante de Ingreso:

Para la medición del Determinante de Ingreso, se tomaron en cuenta rangos de ingresos promedios generados de forma mensual por las personas migrantes nicaragüenses. Los resultados se presentan a continuación:

Tabla 6. Distribución absoluta y porcentual de rangos de ingresos mensuales de las personas migrantes nicaragüenses participantes de los cantones de Upala y Desamparados, 2021.

(N=72)

| Rangos de ingresos mensuales | Upala | | Desamparados | |
|-------------------------------------|--------------|--------------|---------------------|--------------|
| | n | % | n | % |
| No posee ingresos | 7 | 19,4 | 6 | 16,7 |
| Menos de 208 000 | 27 | 75,0 | 16 | 44,4 |
| 209 000 - 457 000 | 1 | 2,8 | 10 | 27,8 |
| 458 000 - 743 000 | 1 | 2,8 | 3 | 8,3 |
| 744 000 - 1 128 000 | 0 | 0,0 | 1 | 2,8 |
| 1 129 000 o más | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Total | 36 | 100,0 | 36 | 100,0 |

Fuente: Elaboración propia.

En el caso de la categoría “ingreso”, en Upala, alrededor del 75% de los participantes poseen ingresos menores a los 208,000 colones mensuales. Esto se debe a que muchas de estas personas poseen empleos temporales, ocasionales o estacionales, lo cual implica que no reciban un ingreso fijo y este sea variable mes a mes. Un 33,3% de los y las participantes de Upala afirmaron poseer un ingreso mensual menor a los 100,000 colones o poseer ingresos nulos.

Por otro lado, en desamparados, existe un 44,4% de participantes que también poseen ingresos menores a los 208,000 colones. La reducción en este porcentaje puede deberse a las diferencias entre el contexto rural y urbano que presentan el cantón de Upala y Desamparados. En el caso de Desamparados, existen ingresos más variables en comparación a la situación de Upala. Esto puede deberse a que la capacidad de los mercados laborales en las zonas urbanas es mayor que en las zonas rurales.

- Determinante de educación:

Para la medición del determinante educativo, se midió el último nivel educativo, alcanzado y aprobado por la persona participante. Se tomaron en cuenta las variables desde persona sin estudios hasta universidad completa. No se lograron identificar participantes que hayan asegurado haber realizado estudios mayores a licenciatura.

Tabla 7. Distribución absoluta y porcentual de rangos de último nivel educativo alcanzado por las personas migrantes nicaragüenses participantes de los cantones de Upala y Desamparados, 2021.

(N=72)

| Último grado de escolaridad alcanzado | Upala | | Desamparados | |
|---------------------------------------|-----------|--------------|--------------|--------------|
| | n | % | n | % |
| Sin estudios | 4 | 11,1 | 0 | 0,0 |
| Primaria incompleta | 21 | 58,3 | 5 | 13,9 |
| Primaria completa | 4 | 11,1 | 1 | 2,8 |
| Secundaria incompleta | 5 | 13,9 | 13 | 36,1 |
| Secundaria completa | 2 | 5,6 | 8 | 22,2 |
| Técnico | 0 | 0,0 | 2 | 5,6 |
| Universidad incompleta | 0 | 0,0 | 3 | 8,3 |
| Universidad completa | 0 | 0,0 | 4 | 11,1 |
| Total | 36 | 100,0 | 36 | 100,0 |

Fuente: Elaboración propia.

En la categoría de escolaridad, en Upala, un 69.4% de la población posee, como grado máximo de escolaridad, la primaria incompleta. Además, al momento de realizar el trabajo de campo en Upala, existieron barreras para poder completar el consentimiento informado y rellenar los formularios, debido a que un 11.1% de la población migrante encuestada no sabía leer, ni escribir.

Del 100% de los participantes del cantón de Upala, el grado máximo de escolaridad alcanzada identificada fue secundaria completa. A diferencia de Desamparados, en el cual los datos se comportan diferente, de manera significativa: se lograron identificar personas migrantes con mayor nivel educativo. Un 11.1% de la población encuestada en Desamparados poseía como nivel educativo universidad completa.

- **Determinante de ocupación:**

Para la medición del determinante de ocupación, se realizó la pregunta abierta a las personas migrantes participantes y se agruparon estas ocupaciones según la Clasificación de ocupaciones de Costa Rica, según el INEC (2011).

Tabla 8. Distribución absoluta y porcentual ocupaciones de las personas migrantes nicaragüenses participantes de los cantones de Upala y Desamparados, 2021.

(N=72)

| Ocupaciones | Upala | | Desamparados | |
|--|-----------|--------------|--------------|--------------|
| | n | % | n | % |
| Ama de casa | 10 | 27,8 | 14 | 38,9 |
| Asistentes domésticos | 1 | 2,8 | 3 | 8,3 |
| Ayudantes de enfermos | 0 | 0,0 | 1 | 2,8 |
| Asistentes de ventas de tiendas y almacenes | 2 | 5,6 | 2 | 5,6 |
| Comerciantes de productos y servicios varios | 0 | 0,0 | 1 | 2,8 |
| Compositores, cantantes y artistas | 1 | 2,8 | 0 | 0,0 |
| Consultores de proyectos sociales | 0 | 0,0 | 1 | 2,8 |
| Costureros y costureras | 0 | 0,0 | 1 | 2,8 |
| Conductos de automóviles, taxis y camionetas | 1 | 2,8 | 0 | 0,0 |
| Desempleados | 5 | 13,9 | 2 | 5,6 |
| Empleados de centro de llamadas | 0 | 0,0 | 1 | 2,8 |
| Estudiantes | 0 | 0,0 | 1 | 2,8 |
| Guardas de seguridad | 1 | 2,8 | 1 | 2,8 |
| Limpiadores y asistentes de oficinas, hoteles y otros establecimientos | 0 | 0,0 | 1 | 2,8 |
| Manicuristas | 0 | 0,0 | 1 | 2,8 |
| Mecánicos y reparadores en electrónica | 0 | 0,0 | 1 | 2,8 |
| Oficiales y operarios de la construcción | 2 | 5,6 | 2 | 5,6 |
| Operarios de elaboración de productos panaderos | 0 | 0,0 | 1 | 2,8 |
| Periodistas | 0 | 0,0 | 1 | 2,8 |
| Peones de explotación de cultivos mixtos y ganaderos | 12 | 33,3 | 0 | 0,0 |
| Técnico en contabilidad | 0 | 0,0 | 1 | 2,8 |
| Vendedores ambulantes | 1 | 2,8 | 0 | 0,0 |
| Total | 36 | 100,0 | 36 | 100,0 |

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la categoría de ocupación, en el caso de Upala, se lograron identificar dos grandes áreas laborales u ocupaciones. Un 33.3% de las personas encuestadas se dedican principalmente a tareas agrícolas y de ganadería como peones u operadores de explotación de estos recursos. Un 27.8% de las participantes afirmaron dedicarse a tareas del hogar y realizar algunas actividades como venta de alimentos, productos de cuidado personal y del hogar para obtener ingresos extra.

Uno de los datos más relevantes de esta categoría es el desempleo; el 13.9% de los participantes encuestados no poseen un empleo. Esto no se debe solamente a la falta de empleo en la zona, sino también a que las personas encuestadas comentaban malos tratos y casos de explotación laboral. Se mencionó un caso de un cultivo de piña, en el cual les pagaban 1 colón por cada cabeza de piña cortada. Para esto, las personas debían cortar al menos 3000 cabezas diarias para obtener un ingreso promedio de 15,000 colones por semana.

En Desamparados, la mayoría de las participantes en la investigación fueron mujeres amas de casa, un total de 38.9% de los y las participantes. Para efectos metodológicos de la investigación, se tuvo mayor facilidad para contactar mujeres que hombres, debido a que, durante las horas en que se realizó el trabajo de campo, la mayoría de los hombres se encontraban en sus respectivos espacios laborales.

- Determinante de Clase Social:

Para el determinante de clase social, se tomaron en cuenta los ingresos promedios mensuales, generados por las personas migrantes y se categorizó según el índice de línea de pobreza por ingreso y pobreza extrema. Para el cantón de Upala, se utilizó la línea de ingreso y el índice de pobreza extrema para zona rural; en el caso de Desamparados, el de zona urbana. El índice de pobreza por línea de ingreso y el índice de pobreza extrema utilizados son establecidos por el INEC (2021) al mes de Julio del año 2021. Se utilizó este año en específico ya que va acorde al año en que se recolectaron los datos.

El INEC estableció el índice de pobreza por línea de ingreso en zona urbana en ₡114,670, mientras que el índice de pobreza extrema se ubica en ₡51,307. Para las zonas

rurales, el índice de pobreza por línea de ingreso quedó en ₡88,300 y el índice de pobreza extrema quedó establecido en ₡42,871.

En el cantón de Upala, el 50% de los participantes de la investigación afirmaron poseer ingresos entre los montos de ₡208,000 mensuales y ₡88,300. Un 5,6% de los participantes cuenta con ingresos menores a los ₡88,300, pero mayores a los ₡42,871. Asimismo, el 5,6% de los participantes afirmó tener ingresos menores a lo establecido por el índice de pobreza extrema. En Desamparados, las condiciones cambiaron. Ahí, el 100% de los participantes de este cantón afirmaron poseer ingresos mayores a los establecidos por el índice de pobreza por línea de ingreso. Al menos el 36.1% de los participantes posee ingresos mayores a los ₡209,000 colones mensuales.

En Upala, se logró identificar que un 19.4% de las personas encuestadas no poseían ingresos. Además, se identificaron dos casos específicos, en los cuales los ingresos eran menores a los 50,000 colones mensuales. No se identificaron casos relacionados en Desamparados.

Debido a la naturaleza de cada uno, Upala y Desamparados son dos cantones que cuentan con realidades muy distintas. Ninguna de las personas participantes de Desamparados poseía ingresos por debajo de la línea de pobreza, lo cual hace referencia a la capacidad económica que poseen estas personas, a la diversificación en el mercado laboral y a la capacidad de este para acoger a esta población.

- Determinante de estatus migratorio:

Para la medición del determinante de estatus migratorio se tomaron en cuenta los años en los cuales las personas migrantes nicaragüenses llegaron a Costa Rica. Posterior a esto, se presenta el componente cualitativo, el cual trata de los relatos de las razones por las cuales migraron a Costa Rica.

Tabla 9. Distribución absoluta y porcentual de los años de ingreso al país de las personas migrantes nicaragüenses participantes de los cantones de Upala y Desamparados, 2021.

(N=72)

| Año de ingreso | Upala | | Desamparados | |
|----------------|-------|-------|--------------|-------|
| | n | % | n | % |
| 2018 | 20 | 55,6 | 16 | 44,4 |
| 2019 | 12 | 33,3 | 17 | 47,2 |
| 2020 | 4 | 11,1 | 3 | 8,3 |
| Total | 36 | 100,0 | 36 | 100,0 |

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede evidenciar en los datos, el mayor porcentaje de personas ingresó a Costa Rica en el año 2018, lo que corresponde con el mismo año en que Nicaragua sufrió una crisis sociopolítica y económica.

Por temas de protección y seguridad de los participantes, no se indagó sobre el estatus migratorio de cada uno de los participantes. Sin embargo, sí fue posible identificar, a partir del discurso de los participantes, algunos tipos de migrantes, aquellas personas que migran por temas económicos y los migrantes forzados.

El estatus migratorio de una persona va a determinar el bienestar de las personas migrantes, en términos de acceso a un trabajo con garantías sociales y el acceso a diferentes bienes y servicios. La población nicaragüense migrante en Costa Rica ha emigrado a Costa Rica históricamente en búsqueda de mejores ofertas de empleo y mejores ingresos. Sin embargo, a partir del año 2018, esa tendencia dio un giro, debido a la crisis política y socioeconómica que vivió Nicaragua.

Según las personas entrevistadas en el cantón de Upala, una de las principales razones para migrar a Costa Rica fue el asedio político por parte del gobierno del vecino país. PMUP A10: *“La situación sociopolítica y económica de mi país eh es demasiado inestable, hay violación a los derechos básicos humanos, verdad, si no estás a favor del genocidio y del régimen que está actualmente en mi país no, no tenés acceso a la salud. Ehhh, se te cortan muchísimos accesos a instituciones públicas porque no tenés tu carné de militante y no apoyas al gobierno. Si te escuchan algún vecino o algo por estilo hablar, hay*

hasta listas negras literalmente donde te apuntan y te tachan por el simple hecho de no estar de acuerdo con genocidio”.

Los participantes mencionan que, con el simple hecho de no estar de acuerdo con las acciones que lleva a cabo el régimen Ortega-Murillo, es suficiente para privar de libertad a una persona. PMUP A29: *“Ufff, (risas) más es como huyendo del gobierno, me persigue el gobierno. Si me arrimo allá, me cogen”.* Asimismo, se lograron identificar personas que migraron por motivos laborales, acorde a la tendencia histórica migratoria de esta población hacia Costa Rica. PMUP A1: *“(…) por el trabajo ahí en Nicaragua que no está muy ahí muy bueno. No hay, en otras palabras. Entonces, uno busca para acá, Costa Rica, porque acá se encuentra más trabajo y uno se vive más cómodo”.*

En Desamparados, las personas migrantes entrevistadas afirmaron que una de las principales razones para migrar a este país era la seguridad, debido a la participación en manifestaciones contra el régimen Ortega-Murillo. PMDS N1: *“La primera razón es porque me expulsaron de la universidad, donde estudiaba en león, en el 2018, y por los problemas sociopolíticos, amenazas. Entonces, mis padres decidieron y acá estoy desde septiembre del 2018.”*

A partir del 2018, migraron un grupo de personas con características bastante específicas: las que se dedican al área de medios de comunicación y periodismo. Al igual que las personas protestantes, se vieron en la necesidad de migrar debido al asedio político y asegurar su bienestar. PMDS N4: *“Tuve que exiliarme debido a un proceso judicial abierto en mi contra por realizar periodismo en Nicaragua”* El caso es parecido en Upala, donde se lograron identificar personas que migraron al país en busca de trabajo y mejores oportunidades laborales. PMDS D41: *“La principal razón por la que vine a Costa Rica fue por oportunidades laborales.”*

En este grupo, existen personas que migraron con un núcleo familiar, por lo que fue una migración en fases. Primero, migra el jefe del hogar; luego, migran las demás personas que conforman el núcleo familiar. PMDS D28: *“Por la situación de mi país, a mi pareja se le presentó una posibilidad de trabajo acá y decidimos venirnos”.*

3. Determinantes Intermedios

A continuación, se presentan los resultados de los Determinantes Intermedios conformados por los Determinantes de circunstancias materiales, circunstancias psicosociales, los factores conductuales y biológicos, sistema de salud y cohesión social.

- Determinante de circunstancias materiales

En cuanto al Determinante de circunstancias materiales, se tomaron en cuenta aspectos relacionados con la vivienda: estado de la vivienda, materiales de construcción, distribución en términos de cuartos y baños y cantidad de personas que habitan la vivienda.

Las circunstancias de vida y materiales de las personas migrantes pueden verse determinadas por muchos factores asociados al momento de la migración. Existen personas que emigraron a Costa Rica a casas de amigos, parientes o familiares. Por otro lado, existen grupos de migrantes que migran sin tener una seguridad sobre dónde van a vivir.

Para esto, se les preguntó, tanto a las personas entrevistadas como las personas encuestadas, diferentes aspectos relacionados con la vivienda donde habitaban, como el estado mismo, en términos de propiedad y en términos de condiciones y materiales de construcción.

Tabla 10. Distribución absoluta y porcentual de condición de la vivienda de las personas migrantes nicaragüenses participantes de los cantones de Upala y Desamparados, 2021.

(N=72)

| Año de ingreso | Upala | | Desamparados | |
|---|-----------|--------------|--------------|--------------|
| | n | % | n | % |
| Persona en condición de calle | 2 | 5,6 | 0 | 0,0 |
| Propia totalmente pagada | 11 | 30,6 | 5 | 13,9 |
| Propia por comprar con pagos pendientes | 1 | 2,8 | 0 | 0,0 |
| En alquiler | 13 | 36,1 | 27 | 75,0 |
| Cedida | 9 | 25,0 | 3 | 8,3 |
| Otro* | 0 | 0,0 | 1 | 2,8 |
| Total | 36 | 100,0 | 36 | 100,0 |

*Persona que accedió a programa de vivienda por protección y situación de refugio

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a las circunstancias materiales de las personas entrevistadas y encuestadas, se lograron identificar grandes diferencias entre el contexto rural y urbano. En el caso de Upala, las personas participantes, en su mayoría, mencionaron que los materiales de construcción de sus casas eran madera y láminas de zinc. PMUP A10: *“(...) la casa donde vivimos mi familia ehh es alquilada, porque obviamente no tenemos los recursos para comprar una, ¿verdad? Ehh, hay dos baños y tres cuartos, es de madera y está bastante deteriorada. En el invierno, ehh, yai, a veces tenemos que jugarla para tapar algunos huecos que hay arriba del zinc”*.

Además, mencionaron las dificultades que pasan en épocas de invierno, debido a las fuertes lluvias en la zona y el deterioro de los hogares. PMUP A2: *“bueno mi casita, verdad, es una casita de madera con cuatro cuartos, un baño, ehh, donde esta zona es una zona muy lluviosa. Ya, sinceramente y honestamente, ya mi casita está casi que cayéndose porque está podrido todo lo que es madera, la base ya hay tablas que se despegan y, verdad, hay que ver qué hace uno como tapar y solucionar el caso el problema”*.

Por otro lado, en el caso de Desamparados, las personas migrantes comentaron tener en mejores condiciones sus viviendas, aunque, en algunos casos, existen condiciones similares a las de personas migrantes de Upala. PMDS D27: *“Bueno, acá donde vivimos nosotros es una casita... es un ranchito de zinc y madera, el piso, bueno, no tiene piso, es alfombrado, diay tiene dos habitaciones”*.

El contexto donde las poblaciones migrantes se encuentran localizadas genera diferencias en el acceso y en las condiciones de vivienda de las personas. En el caso de Desamparados las personas afirmaron tener la percepción de habitar en viviendas en “buen estado” o “normales”. PMDS 29: *“Es una casita, es un departamento de un cuarto, baño, sala, entrada independiente, de piso normal, la casa de gypson y con cielo raso”*.

En cuanto a la composición de los hogares, en el caso de Upala, en promedio, conviven cinco personas por hogar. Asimismo, poseen, en promedio, de dos a tres habitaciones y un servicio sanitario. En Upala, existen casos específicos en los que

conviven hasta catorce personas en casas de dos cuartos y un solo servicio sanitario. Estos se pueden considerar como casos de hacinamiento.

En Desamparados, en promedio, conviven tres personas por hogar. Poseen, en promedio, dos habitaciones y un servicio sanitario. Otro de los resultados más relevantes de este apartado es la identificación de personas migrantes en “condición de calle”: el 5,6% de los participantes de esta investigación afirmaron no contar con una vivienda. En Costa Rica, existen muy pocos medios para abordar las problemáticas que enfrentan las personas en “condición de calle”. Estas condiciones se agravan para las personas migrantes por la discriminación que podrían sufrir, agravada según el estatus migratorio.

- Determinante de circunstancias psicosociales

En el caso de los determinantes psicosociales, se presentan aspectos relacionados con la convivencia diaria de las personas migrantes nicaragüenses. Esta convivencia puede ser entendida como entornos familiares, constituidos por parejas, hijos o padres, además de la percepción soporte y de red de apoyo de estas personas. Por último, se indagaron aspectos relacionados al estrés que perciben estas personas diariamente y situaciones que podrían detonar el aumento de este estrés percibido.

En cuanto a las circunstancias psicosociales de las personas migrantes, el 100% de los participantes del cantón de Upala y el 97,2% del cantón de desamparados viven en entornos familiares, entendidos como convivencia en pareja, hijos o familiares. En el caso de Upala, los participantes señalan la importancia de contar con esta red de apoyo y el sentir de respaldo que reciben por parte de estas personas. Asimismo, afirman poseer apoyo de personas externas como personas vecinas a sus viviendas. PMUP A2: *“Ehh de hecho sí, de hecho, he sentido el apoyo de mi familia, de toda mi familia, de mis vecinos y aún de las personas que realmente me rodean”*.

La situación de las familias y las personas migrantes no siempre es la mejor, lo que muchas veces conlleva a que tengan la percepción de que no siempre se tiene el apoyo de personas para afrontar situaciones difíciles de su realidad. PMUP A10: *“Ehh, se apoya en lo que se puede, deay si uno quisiera a los padres o hermanos apoyar más, pero a veces no*

se puede". En Desamparados, al igual que en Upala, se señala la importancia de la convivencia en familia. En este caso, se destacan algunos beneficios de esta convivencia como lo son el apoyo emocional y económico. PMDS N1: *"Sí me siento apoyada, por dicha, porque sí tiene un trabajo estable y aparte es un gran apoyo económico, el apoyo emocional es excepcional"*.

Otro de los aspectos analizados en esta categoría es la vivencia del estrés diario que viven las personas migrantes. Los resultados de esta variable demuestran que hay situaciones de estrés exclusivas de las personas migrantes o, en otras palabras, situaciones de estrés que en muchos casos los costarricenses no deben de enfrentar.

En Upala, las personas migrantes mencionaron algunos ejemplos de situaciones de estrés como: problemas de salud, el acceso a la educación superior pública, situaciones de xenofobia, entre otros. PMUP A10: *"A ver, me estresa mucho, obviamente, mi futuro y mi situación actual, porque, sin un futuro, o sea uno tiene que pensar a futuro y a pensar que no puedo estar en mi país por lo que está pasando. Estoy acá, tengo miedo a la xenofobia que actualmente hay en Costa Rica, saber que para los mismos ticos se les dificulta una "U" pública, ahora para un inmigrante indocumentado..."*

PMUP A1: *"Por lo menos tal vez sería un caso de que, ¿cómo le diría yo? De que tenga algún enfermo y no tenga como, dinero, digamos, para moverlo a él a un hospital o algo, podría ser eso"*. Resulta importante destacar que todas estas situaciones se relacionan con el futuro y el bienestar de la persona, por lo que es posible evidenciar, en los relatos, el estrés, el miedo o incertidumbre sobre su situación futura en el país como personas migrantes.

Por otro lado, en Desamparados, las personas migrantes ejemplificaban situaciones de estrés, que se relacionan con los relatos de las personas migrantes en Upala. En este caso, se menciona una situación de estrés el asistir a un servicio de salud sin seguro o sin documentos de identidad: PMDS D40: *"Ah, cuando me toca ir tal vez al hospital o llevar a un... pongamosle uno, que no es de aquí, y no tiene papeles, entonces, con el seguro y que*

le digan vaya aquí y vaya allá y tal vez usted está viendo que se le está muriendo alguien, el hijo, mejor dicho, en el brazo”.

En Desamparados, en su mayoría, la participación fue de mujeres amas de casa. Estas participantes también ejemplificaron situaciones de estrés como: PMDS N1: *“Un día de muchísimo estrés es que, lamentablemente, tuve que ser ama de casa desde muy temprana edad. No solamente eso, sino de ama de casa, emprendedora, ser estudiante de periodismo, entre otras ocupaciones que uno tiene, verdad”.*

Por último, otra de las situaciones de estrés que viven diariamente las personas migrantes son aquellas relacionadas a la incertidumbre que viven día a día en el país y a la incertidumbre de sus familiares en Nicaragua. PMDS N4: *“La situación, pensar todos los días en el futuro, qué va a pasar con mi mamá, con mi sobrinita... más que todo con mi núcleo familiar, dentro de nicaragua”.* PMDS D27: *“El estrés sería que, en algún momento, a uno lo saquen y, digamos, a uno le toque ir a pagar un lugar con mejores condiciones, pero mucho más caro. Entonces, eso sería una de las cosas que a mí me estresan”.*

- Determinante de factores conductuales y biológicos:

Por otro lado, en Determinante de factores conductuales y biológicos se indagaron en tres principales áreas relacionadas al estilo de vida y estado de salud: la prevalencia de enfermedades no transmisibles, el consumo de alcohol y tabaco y la frecuencia de actividad física de las personas migrantes. Al hablar de migración, las enfermedades no transmisibles toman mucha relevancia, al existir una carencia en estudios que aborden esta temática. En su mayoría, la literatura aborda las enfermedades desde la perspectiva internacional, o, en otras palabras, enfermedades transmitibles e importadas.

Las enfermedades no transmisibles, en algunos casos, están caracterizadas por requerir procedimientos médicos y tratamientos farmacológicos para su control y mitigación de riesgos. En el caso de las personas migrantes con estatus migratorio irregular, acceder a controles y tratamientos médicos se dificulta aún más, que para aquellos migrantes que tienen un estatus migratorio regular.

Para fines de este trabajo de investigación se presenta la prevalencia de enfermedades no transmisibles de las personas migrantes nicaragüenses del cantón de Upala y Desamparados:

Tabla 11. Distribución absoluta y porcentual de prevalencia de enfermedades no transmisibles de las personas migrantes nicaragüenses participantes de los cantones de Upala y Desamparados, 2021.

(N=72)

| Enfermedades no transmisibles | Upala | | Desamparados | |
|--------------------------------------|--------------|--------------|---------------------|--------------|
| | n | % | n | % |
| Diabetes | 1 | 2,8 | 4 | 11,1 |
| Hipertensión | 4 | 11,1 | 4 | 11,1 |
| Cáncer | 1 | 2,8 | 1 | 2,8 |
| Asma | 0 | 0,0 | 2 | 5,6 |
| No sabe | 20 | 55,6 | 18 | 50,0 |
| Otro | 10 | 27,8 | 7 | 19,4 |
| Total | 36 | 100,0 | 36 | 100,0 |

Fuente: Elaboración propia.

Uno de los datos más relevantes, a partir de los resultados, es la opción de respuesta “No sabe”. Más de la mitad de los participantes de cada cantón no tenía conocimiento de padecer alguna enfermedad no transmisibile.

Para el tratamiento oportuno de estas enfermedades resulta necesario un diagnóstico certero y a tiempo. Al momento de realizar el trabajo de campo, los investigadores lograron evidenciar que, muchas veces, las personas migrantes no asisten a los servicios de salud preventivos, debido a que no poseen documentos de identidad al día, seguro médico o por miedo a no ser atendidos, ya que estas consultas no son consideradas de emergencia.

Además de esto, las enfermedades no transmisibles, en muchos casos, terminan desgastando la salud física y mental de los pacientes y de las familias de los pacientes. Mantener un tratamiento por medios privados podría considerarse un lujo para algunas familias y podría fungir como un factor estresor de peso en el círculo familiar.

Otra de las variables analizadas en la categoría de factores conductuales y biológicos es el consumo de bebidas alcohólicas y de productos derivados del tabaco. A continuación, se presentan los resultados:

Tabla 12. Distribución absoluta y porcentual de consumo de alcohol y tabaco de las personas migrantes nicaragüenses participantes de los cantones de Upala y Desamparados, 2021.

(N=72)

| Variable | Modalidad | Upala | | Desamparados | |
|----------------------------------|---------------------|-------|------|--------------|------|
| | | n | % | n | % |
| Consumo de tabaco | Sí | 5 | 13,9 | 3 | 8,3 |
| | No | 31 | 86,1 | 33 | 91,7 |
| Frecuencia de consumo de tabaco | 1-2 días por semana | 2 | 40,0 | 1 | 33,3 |
| | 3-4 días por semana | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| | 5-6 días por semana | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| | Todos los días | 3 | 60,0 | 2 | 66,7 |
| Consumo de alcohol | Sí | 13 | 36,1 | 8 | 22,2 |
| | No | 23 | 63,9 | 28 | 77,8 |
| Frecuencia de consumo de alcohol | 1-2 días por semana | 6 | 46,2 | 2 | 25,0 |
| | 3-4 días por semana | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| | 5-6 días por semana | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| | 1-2 veces al mes | 1 | 7,6 | 0 | 0,0 |
| | Todos los días | 6 | 46,2 | 6 | 75,0 |

Fuente: Elaboración propia.

Otra de las variables analizadas, en la categoría de factores conductuales y biológicos, es el consumo de bebidas alcohólicas y de productos derivados del tabaco. En el caso del cantón de Upala, se logra identificar que el 13,9% de los participantes de la investigación afirman consumir productos derivados del tabaco, como los cigarrillos. En este caso, la frecuencia de consumo presenta una particularidad, pues el 5,6% de los participantes afirmaron consumir estos productos al menos 1-2 veces por semana.

Los participantes comentaron que este consumo, en muchos casos, se daba solo cuando realizaban ingesta de bebidas alcohólicas, por lo que estas personas se denominaban “fumadores casuales” o “fumadores sociales”. En el cantón de Desamparados, la prevalencia de consumo de productos derivados del tabaco es menor, en comparación al cantón de Upala, donde solo un 8,3% de los participantes afirmaron consumir estos productos. La mayoría de los participantes afirmaron consumir estos productos diariamente.

En el caso del consumo de bebidas alcohólicas, en ambos cantones se presenta una mayor prevalencia de consumo, en comparación al consumo de productos derivados del tabaco. En Upala, el 36.1% de los participantes afirmaron consumir bebidas alcohólicas y al menos la mitad afirmó consumirlas diariamente.

Por otro lado, el cantón de Desamparados, aunque presenta un aumento en la prevalencia de consumo, sigue siendo menor en comparación con Upala. En este cantón, el 22.2% de los participantes afirmó consumir bebidas alcohólicas; el 75% de los participantes afirmó consumirlo diariamente.

Por último, como parte de las circunstancias psicosociales se analizó la práctica y frecuencia de actividad física. A continuación, se presentan los resultados:

Tabla 13. Distribución absoluta y porcentual de práctica y frecuencia práctica de actividad física de las personas migrantes nicaragüenses participantes de los cantones de Upala y Desamparados, 2021.

(N=72)

| Variable | Modalidad | Upala | | Desamparados | |
|--|---------------------|-------|------|--------------|------|
| | | n | % | n | % |
| Realiza actividad física | Sí | 31 | 86,1 | 21 | 58,3 |
| | No | 5 | 13,9 | 15 | 41,7 |
| Frecuencia en que realiza actividad física | 1-2 días por semana | 11 | 35,5 | 4 | 19,1 |
| | 3-4 días por semana | 0 | 0,0 | 10 | 47,6 |
| | 5-6 días por semana | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| | Todos los días | 20 | 64,5 | 7 | 33,3 |

Fuente: Elaboración propia.

La frecuencia y práctica de actividad física fue otra de las variables analizadas en esta categoría. En el cantón de Upala las personas suelen realizar más actividad física. Comentaron que muchas de las actividades en su día a día requerían de actividad física, debido a que muchas personas se movilizan a sus lugares de trabajo en bicicleta o caminando.

En Desamparados, la frecuencia y la práctica de actividad física es menor. Las personas migrantes comentaron que, en muchos casos, no podían realizar actividad física,

debido a no tener el tiempo suficiente o, en muchos casos, tener a cargo el cuidado de otra persona, lo cual dificultaba su disponibilidad.

Se comentó, también, sobre un tipo de “choque cultural”, porque en Nicaragua se realizaba mayor actividad física. Esto se debe a que la bicicleta es un medio de transporte muy utilizado por la población y es culturalmente más aceptado que en Costa Rica. Las personas en el cantón de Desamparados comentaban tener una percepción de peligro y una mayor probabilidad de sufrir accidentes. La práctica y frecuencia en que se realiza actividad física puede significar un factor protector en esta población, gracias a los beneficios para la salud mental y física de las personas.

- Determinante de sistema de salud

Los resultados en este apartado están enfocados en los DSS. La información presentada se relaciona principalmente con el tipo de servicio de salud al que acuden las personas migrantes, además de algunas experiencias que describen a grandes rasgos y la dinámica a la que se enfrentan las personas migrantes al utilizar un servicio de salud en Costa Rica.

Las personas migrantes participantes, tanto de Upala como de Desamparados, afirman hacer uso de los servicios de salud, tanto públicos como privados, del sistema de salud costarricense en algún momento de su vida. Se lograron determinar diferencias entre el uso y las experiencias que tienen las personas migrantes, según el contexto rural y urbano. A continuación, se presentan los tipos de servicios utilizados:

Tabla 14. Distribución absoluta y porcentual de tipos de servicios de salud utilizados por las personas migrantes nicaragüenses participantes de los cantones de Upala y Desamparados, 2021.

(N=72)

| Tipo de servicio de salud o alternativa | Upala | | Desamparados | |
|---|-----------|--------------|--------------|--------------|
| | n | % | n | % |
| Servicios de salud públicos | 19 | 52,8 | 10 | 27,8 |
| Farmacias o servicios de salud privados | 10 | 27,8 | 11 | 30,6 |
| Medicina natural o alternativa | 4 | 11,1 | 0 | 0,0 |
| No especifica | 3 | 8,3 | 15 | 41,7 |
| Total | 36 | 100,0 | 36 | 100,0 |

Fuente: Elaboración propia.

En Upala, aunque el 52,8% de los participantes utilizan los servicios de salud público, solo lo hacen a menos que sea una situación de emergencia. Las personas prefieren optar por medios más económicas como la compra de medicamentos en farmacias, la medicina natural y alternativa. En muchos casos, según comentaron, no tenían alternativa, por no contaban con documentos de identidad o seguro médico. Esto hace referencia a la falta de cobertura de los servicios de salud en población migrante en situación de vulnerabilidad.

Además de esto, las personas migrantes afirmaron recibir tratos xenofóbicos en sus visitas, en los dos últimos años, por parte del personal de salud que ofrece servicios en los diferentes establecimientos del cantón de Upala. PMUP A10: “(...) *en las instituciones de salud pública, acá en Costa Rica, a nosotros los inmigrantes se nos ve como bichos, como basura, como lo último. Ehh, la xenofobia es bastante grande, me da miedo acudir. Primero me disculpa, este, para los mismos ticos, ir a la caja costarricense es un dolor de jupa, ahora, para un inmigrante...*”

Estos malos tratos se potencian cuando las personas no cuentan con los requisitos, o bien, con seguro médico. PMUP A18: “(...) *Podemos decir que buena, porque, en los momentos, ehh, ¿cómo le digo? Con el seguro, todo la atención es buenísima, pero uno, podemos decir, como migrante, si no tiene el seguro, digamos, no me atienden. Bueno, no lo atienden a uno si no paga la consulta; primero, que lo pasan a uno a pagar la consulta.*”

Entonces, por las dos partes, un promedio, podemos decir, porque, sin seguro, uno no vale nada; ya, con el seguro, igual lo atienden como igual, como cualquier persona de aquí y todo. Es una experiencia, con seguro; y otra historia sin seguro.”

Estos tipos de discriminación pueden verse potenciados por el estado migratorio de la persona, pues el trato del personal médico se ve mediado por la percepción del migrante con derecho a la atención y el migrante sin ese derecho.

Al mismo tiempo, existe una problemática asociada con las listas de espera, problemática que no afecta únicamente a las personas migrantes que utilizan los servicios de salud, sino a toda la población de este cantón. Muchas personas migrantes, debido a sus situaciones de vulnerabilidad, aplican para tener un seguro por el estado, válido por un año; sin embargo, al momento de recibir el servicio médico, se les programan procedimientos médicos fuera de este periodo, entonces, se les niega la atención.

Este caso también es aplicable a personas que padecen de enfermedades no transmisibles como diabetes, hipertensión, entre otras. Una vez que el seguro por el estado vence, no pueden acceder a controles y medicamentos para la atención de sus enfermedades. PMUP A2: *“si usted no tiene el seguro, usted no está cotizando a la caja usted no está llevando actualmente esto, usted no puede no puede ser atendido. En el caso mío, tengo mi esposa, mi esposa, 52 años, ehh, tenemos desde el año pasado vencido el seguro. Y, ehh, este, mi esposa, ella padece de lo que es diabetes, como nosotros conocemos azúcar en la sangre, verdad, en el cual no ha sido atendida ni una sola vez, una sola vez, de desde que se nos venció el seguro por el motivo y la razón de que no tenemos activado el seguro”*.

En el caso de Desamparados, cinco de las personas entrevistadas calificaron la atención recibida en los dos últimos años de “Buena”, “Muy buena”, “personal atento” “servicio súper genial”, “personal cariñoso y amable” y “servicio eficiente”. Otras personas comentaron diferentes percepciones acerca del servicio recibido, calificado de “malo”, “muy malo” entre otros, PMDS D41: *“Yai, horrible sin ganas de volver a ir, preferiría, mejor, morirme de dolor.”*

Asimismo, dos de las personas entrevistadas afirmaron que el servicio les fue negado por falta de seguro social o por falta de documentación: PMDS N2: *“Y pues, en el público, no me quisieron atender por mi identificación que era mi carné de solicitud de refugio”*.

En el caso de PDS N1, la atención fue negada, aún cuando la persona migrante calificaba su situación de emergencia: *“literalmente, de emergencia, por un dolor abdominal. Pero era bien feo, y con mucho sangrado. Y primero me mandaron a llenar un formulario, y en ese formulario, la señora me preguntó si tenía seguro, entonces, le dije que no y me dijo que no podía recibir el servicio. Que tenía que ir a buscar un seguro de alguna manera. Me tuve que devolver a mi casa, tomarme las pastillas, automedicarme y ya”*.

En cuanto a la recomendación de los servicios de salud, las personas usuarias, al recomendarlo expresan que, de cierta manera, tuvieron experiencias anteriores que lograron satisfacer sus necesidades. Estas recomendaciones hablan de la calidad del servicio, a partir de las experiencias reales de los usuarios y brindan al servicio de salud una reputación.

- Determinante de cohesión social

En cuanto al determinante de cohesión social, la investigación se centró en detectar y determinar si las personas migrantes, tanto de Upala como Desamparados, forman parte de alguna red de apoyo. A continuación, los resultados:

En el caso del cantón de Upala, dos de las diez personas entrevistadas afirmaron pertenecer a una congregación religiosa; en este caso, evangélica. Expresaron sentir que la congregación es una red de apoyo para sus familias. PMUP A2: *“tengo el apoyo de la iglesia cristiana. Y no solo de la del pueblo cristiano, sino también del pueblo católico, porque soy una persona de que si una ayuda, me venga de donde me venga, no me viene solo para la congregación de la iglesia, sino que esa es compartida con el pueblo, con todos los vecinos, llámese como se llame, verdad, cristiano, católicos, apostólicos”*.

El resto de las personas de este cantón no pertenecen o asisten a ninguna congregación o grupo de apoyo de ningún tipo. En Desamparados, tres de las diez personas entrevistadas confirmaron pertenecer a redes o grupos de apoyo de diferentes naturalezas.

Se lograron identificar dos principales redes o grupos de apoyo: primero, la “red de mujeres pinoleras”. Esta, según PMDS N1, es una red de mujeres migrantes y emprendedoras que realizan ferias para que puedan vender sus productos en diferentes puntos del valle central.

La segunda red identificada, según PMDS D28, es una guardería que se creó a partir de una red de cuidado que ofrece servicios a madres, las cuales, en horas de la mañana y de la tarde, no pueden cuidar a sus hijos por motivos laborales. La persona entrevistada no quiso expresar el nombre.

Otra de las redes de apoyo con las que cuentan estas personas son los miembros que componen cada uno de los hogares de las personas entrevistadas. En Upala, la muestra de personas entrevistadas tuvo más paridad de género que Desamparados. En Upala, se entrevistaron en total seis hombres y cuatro mujeres, mientras que, en Desamparados, solo se lograron entrevistar dos hombres y ocho mujeres. Esto se debe a que durante el horario en que se realizó el trabajo de campo, solo localizaron a madres y mujeres amas de casa. En ese horario, muchos de los hombres se encontraban en sus labores de trabajo.

B. Barreras y facilitadores del acceso a servicios de salud de las personas migrantes nicaragüenses que asisten a los Centros Municipales para Migrantes de Upala y Desamparados a partir del modelo “Cobertura Efectiva”.

En el presente apartado, se detallan los resultados correspondientes al segundo objetivo del estudio de investigación, el cual consistió en identificar las barreras y facilitadores que poseen las personas migrantes nicaragüenses de los cantones de Upala y Desamparados para acceder a los servicios de salud de la CCSS. Para este objetivo, se realizaron un total de 28 entrevistas semi estructuradas, repartidas entre personas migrantes nicaragüenses, profesionales de los centros de salud y profesionales de los centros municipales para migrantes de ambos cantones.

El modelo teórico utilizado para identificar las barreras y facilitadores del acceso a los servicios de salud de las personas migrantes nicaragüenses fue el “Modelo de Cobertura Efectiva” de Tanahashi, el cual desglosa la cobertura efectiva de un servicio de salud en cuatro dimensiones: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad del servicio y contacto con el servicio. A continuación, de manera más detallada, se especifican los resultados para cada una de las dimensiones del Modelo de Cobertura Efectiva.

1. Disponibilidad del servicio

Tanahashi plantea que la dimensión de disponibilidad en el Modelo de Cobertura Efectiva responde a los recursos que se poseen para brindar un servicio de salud, donde la disponibilidad de estos recursos limita la capacidad máxima del servicio de salud (Tanahashi, 1978). A partir de la premisa anterior, se establecieron tres subdimensiones para la dimensión de disponibilidad: infraestructura, recurso humano e información.

- **Infraestructura**

Para la subdimensión de infraestructura, se indagó la percepción de las personas migrantes nicaragüenses respecto a las instalaciones de los centros de salud a los que les corresponde acudir. En el cantón de Upala, se obtuvo que la mayor parte de las personas migrantes participantes consideraban adecuadas las instalaciones de los centros de salud para la prestación de los respectivos servicios. Un ejemplo de esto lo menciona una de las personas participantes. PMUPA1: *“se ven adecuadas porque se ve que es una estructura muy bien fundada, digamos, bien hecha, ¿me entiende? No se le ve ningún tipo de... ¿cómo le dijera yo? Con buen mantenimiento”*.

En Upala, se obtuvo una percepción de instalaciones inadecuadas. La persona fundamenta su respuesta con el hecho de que las instalaciones del EBAIS al que acude no cuentan con el espacio suficiente para una óptima atención de los profesionales en salud. PMUPA2: *“la instalación es como un poco inadecuada en el sistema de que el espacio es muy poco, muy pequeño. Y siento que hay como una restricción espaciosa para los que laboren en esa área”*.

Por otra parte, en el cantón de Desamparados, la totalidad de las personas migrantes participantes indicaron que las instalaciones se encuentran en buen estado y son adecuadas

para la prestación de los servicios de salud. Dentro de los aspectos que se mencionaron, se encuentra: la buena limpieza de las instalaciones, la accesibilidad de rampas para personas discapacitadas y la calidad superior en comparación con las de Nicaragua.

- **Recurso humano**

En cuanto al recurso humano, en ambos cantones, las personas profesionales de los centros de salud expresaron considerar que no es suficiente para cubrir todas las necesidades en salud que se presentan. Esto incluye a las personas migrantes nicaragüenses y a las costarricenses. Una de las personas profesionales del cantón de Desamparados comparte lo siguiente: “(...) *tenemos menos cantidad de profesionales en odontología, en los servicios de apoyo, también; tenemos menos profesionales en trabajo social, psicología, nutrición. Apenas tenemos un médico de familia para toda la necesidad de la población, que son 68444 habitantes (...)*” (SSDSF2). La misma persona profesional considera que el camino para poder cubrir completamente todas las necesidades en salud de la población sería “(...) *aumentando la capacidad resolutive de nosotros, que podamos tener más recurso humano que pueda atender a estas personas (...)*” (SSDSF2).

- **Información**

En lo que respecta a la subdimensión de información, el primer elemento que se identificó fue: si las personas migrantes nicaragüenses recibieron o no alguna información cuando acudieron al centro de salud. El resultado obtenido para ambos cantones fue que la mayoría de las personas migrantes indicaron no haber recibido ningún tipo de material informativo las veces que habían acudido a los centros de salud. En el caso del cantón de Upala, la constante fueron expresiones como la de la persona participante con el código PMUPA20, quien señaló lo siguiente: “*Mmm no, nada, no me dieron ningún tipo de información*”.

De manera similar, en Desamparados, una de las personas participantes indica lo siguiente: “(...) *recuerdo que había muchos rótulos que decían que, si era extranjero, tenía que estar asegurado y así, pero que me hayan dicho o dado algo directamente ellos, no (...)*” (PMDSN1).

En el caso de las personas migrantes nicaragüenses que recibieron información al momento de acudir al centro de salud, se procedió a identificar la temática de la información recibida. Como resultado, en Upala, la información recibida fue acorde a la causa por la que asistieron al servicio de salud. Por ejemplo, la persona con el código PMUPA29 comenta lo siguiente: “(...) *antes de la operación sí, una charla como de la operación, trataba de que me iba a operar, que si estaba de acuerdo (...)*”. Por otra parte, en Desamparados, las personas participantes indicaron que la información recibida consistía más en aspectos relacionados al embarazo y riesgos, medidas de higiene y modalidades de aseguramiento.

Las personas que recibieron información al momento de acudir al centro de salud identificaron que, en ambos cantones, la información que recibieron fue de gran utilidad, ya sea porque así lograron tener claro el procedimiento que les iban a realizar o por que les permitió conocer mejor el funcionamiento del sistema de salud costarricense. Lo menciona la persona participante con el código PMUPA37, del cantón de Upala: “*Sí fue útil, deay, imagínese que uno viene de otro país, deay viene como a ver cosas nuevas no, a ver y oír de todo, entonces uno tiene que ir aprendiendo*”.

Asimismo, en el cantón de Desamparados, parte de la información recibida por estas personas fue sobre las diferentes modalidades de aseguramiento e instituciones que brindan apoyo sobre estos temas. Una de las personas participantes indica lo siguiente. PMDSD27: “*(...) me dijeron: llame a ACHNUR, para que a usted le asignen, dicen, un número, dicen temporal para que usted se le puedan hacer gratis, obviamente para mí fue una súper información que ellos me dieron a mi (...)*”.

Posteriormente, se identificó que, en el cantón de Upala, la información fue recibida por medio de comunicación verbal, ya fuera por reuniones individuales o, inclusive, grupales. Mientras tanto, en Desamparados, la información fue recibida por medio de escritos como brochures y comunicación directa del personal en salud. También, se identificó, para ambos cantones, que la mayoría de las personas migrantes nicaragüenses participantes no conocen los derechos en salud que poseen. No obstante, mencionaron que, a pesar de no conocer los derechos en salud explícitamente, sí son conscientes de que

pueden acudir a un servicio de salud, cuando lo necesiten, de emergencia o cuando se posee la condición de embarazo.

En la misma subdimensión de información, se indagó acerca de la información que se brinda a las personas migrantes, desde la perspectiva de las personas profesionales participantes del estudio de investigación. En cuanto a las personas profesionales de los centros de salud, se identificó que, en Upala, el brindar información a las personas migrantes en el funcionamiento del servicio de salud y sus derechos no es una prioridad en los servicios de salud. Se llega a considerar como tarea que le corresponde a otras instituciones u organizaciones, como menciona una de las personas profesionales. SSUPC2: *“pues muy poco, la verdad. Ese tema le toca un poco más como a ACHNUR, OIM, ellos son los que se encargan de dar como este tipo de información a estas personas”*.

A pesar de considerar que brindar información es una tarea de terceros, se brinda información a las personas migrantes cuando ya son captados por el sistema de salud en una situación de salud más compleja, SSUPC2 menciona: *“(...) cuando ya ingresan a un servicio y son captados por un profesional, el personal se encarga de esa inducción, de esa información, que ellos tienen sus derechos a ser atendidos (...)”*. En otro centro de salud del cantón de Upala, se identifica que la información que van a recibir las personas migrantes será lo que pregunten o se les indique en la secretaría. Esto, debido a que se considera que la labor de brindar información le corresponde a la secretaria, quien comunica que: *“(...) la secretaria es la que les da la educación, porque ella es la que se encarga de, digamos, cuando llega el paciente, la primera persona que ve es a la secretaria y de ahí, si ella la mete en la agenda, nosotros la vemos y ella es la que los educa, digamos (...)”*. (SSUPC1). No obstante, se indica que la información que brinda secretaría se encuentra relacionada al funcionamiento administrativo y requisitos necesarios para que la persona migrante pueda ser atendida.

En contraparte, en Desamparados, las personas profesionales de salud expresaron que los servicios de salud se encuentran en la obligación de generar actividades para informar al usuario en temas de derechos y deberes de los usuarios. Por tanto, cuando

realizan las actividades educativas, se involucra también a las personas migrantes nicaragüenses.

Posteriormente, en lo que respecta a las personas profesionales de los CMM, en Upala, y tomando en consideración que existe la creencia de que le corresponde a agencias internacionales —como OIM— brindar información respecto a educación en salud, se identificó que, en el CMM, se cuenta con escaso material informativo en salud. Además, el material que poseen es sobrante de algunas actividades en específico y, en algunos casos, se encuentra desactualizado. CMMUPB1: *“propiamente en temas de salud no, no contamos, por ahí con algunos brochures pero es más que todo de actividades muy puntuales como lo es el tema de papanicolau a mujeres, el tema de reproducción sexual...”*.

Por otra parte, en el CMM del cantón de Desamparados, la información que brindan físicamente son brochures, los cuales abordan temáticas de vulnerabilidad que no se centran en temas específicos de salud o derechos en salud. Sin embargo, en comunicación directa con las personas migrantes que asisten al centro, si se les brinda una capacitación en lo que respecta al acceso al sistema de salud costarricense, la persona profesional menciona que han logrado capacitar alrededor de 350 personas migrantes. La persona profesional comunica lo siguiente: *“(...) muchas veces, la persona ni siquiera sabe las modalidades de seguro, verdad, entonces, lo que tratamos es de capacitarnos siempre, pero preferimos como que la persona de la caja sea quien tome el caso (...)”* (CMMDESE1).

2. Accesibilidad del servicio

Tanahashi plantea que la dimensión de accesibilidad en el Modelo de Cobertura Efectiva responde a la ubicación razonable del servicio de salud, donde las personas puedan beneficiarse, ya que, si se cuenta con los recursos necesarios y no con una ubicación razonable, se generará una limitante en el número de personas que puedan alcanzarlo y utilizarlo (Tanahashi, 1978). En consideración con la premisa anterior, se establecieron cinco subdimensiones para la dimensión de accesibilidad: cercanía al centro, conectividad, tiempo de transporte, horarios de atención y requisitos para la atención.

- **Cercanía al centro**

En el cantón de Upala, se identificó que la mayor parte de las personas migrantes nicaragüenses participantes consideran que la distancia de la que se encuentra su lugar de habitación al centro de salud más cercano es lejana. Las personas que poseen esta percepción de lejanía se encuentran al menos a 3 kilómetros de distancia del centro de salud más cercano. La distancia de 13 kilómetros es la de mayor lejanía reportada en el presente estudio. Por otra parte, las personas migrantes nicaragüenses del cantón que se consideran a una distancia cercana poseen su lugar de habitación a una distancia menor o igual a los 2 kilómetros.

En contraparte, en el cantón de Desamparados, se identificó que la mayor parte de las personas migrantes nicaragüenses participantes consideran vivir a una distancia cercana del centro de salud más cercano. Estas personas indican tener su lugar de habitación a una distancia mínima de 400 metros y máxima de 800 metros. En cuanto a las personas que consideran residir a una distancia lejana, mencionan que viven a 15 y 30 minutos de distancia del centro de salud más cercano.

En cuanto a la percepción de la distancia como una barrera o un facilitador para acceder a los servicios de salud, se identificó que, en Upala, a pesar de que la mayor parte de las personas migrantes consideran vivir lejos del centro de salud más cercano, la mayor parte no considera que la distancia represente un obstáculo para hacer uso de los servicios de salud. La razón que brindan se sustenta en el hecho de que, si ocurriera una emergencia médica, poseen la posibilidad de conseguir algún medio de transporte o, incluso, solicitar una ambulancia, como lo menciona la persona participante con el código PMUPA20: “...no porque, este, llegan las ambulancias. Si uno llama una ambulancia, llegan a traerlo y lo llegan a dejar también, pero no yo creo que no...”. Los participantes que sí opinan sobre la distancia a la que viven del centro de salud como un obstáculo para asistir al centro de salud hacen referencia a casos de emergencia, cuando la lejanía podría dificultar la situación o los caminos no se encuentran en buen estado, un ejemplo es lo siguiente:

PMUPA2: “(...) en el área que nosotros vivimos, ehh, sí hay alguna-algunos obstáculos, pero es por camino; un camino muy difícil, muy obstaculizado para hoy.

En el invierno, de que muchos huecos, mucho barro, verdad, ahh, y por ese mal tiempo es que es así...”.

Con la situación de lejanía, en Upala también se identifica el deseo de las personas migrantes nicaragüenses de contar con un centro de salud más cercano. Por ejemplo, una de las personas participantes menciona lo siguiente: *“(...) a la distancia que estamos, uno lo que tiene que hacer es llamar una ambulancia. Pero yo pienso que sería como difícil, ¿me entiende? Sería bonito como que hubiera un puesto de salud ahí en la comunidad donde vivimos, para tener más acceso digamos cercano (...)”*. (PMUPA1).

Por otra parte, en Desamparados, la mayor parte de las personas migrantes nicaragüenses participantes expresaron que la distancia a la que viven del centro de salud no representa ningún obstáculo para acudir. No obstante, se identificaron ciertos casos en los cuales las personas consideran que la distancia de la que viven del centro de salud más cercano sí representa un obstáculo para acudir al él. Por ejemplo, una de las personas participantes menciona: *“para ir a la Marcial Fallas, sí, porque, si no tenía los pasajes, no podía ir”* (PMDSD41).

- **Conectividad**

Para la subdimensión de conectividad, se indagó acerca del medio de transporte mediante el cual asisten al centro de salud las personas migrantes nicaragüenses. Se identificó que la mitad de las personas participantes en Upala utiliza algún vehículo automotor para trasladarse; la motocicleta es la más utilizada, o bien, el pago de servicios de transporte como el taxi o el autobús. No obstante, en el caso de los autobuses, se algunas rutas solo ofrecen dos horarios para trasladarse al centro de Upala. La otra mitad de los participantes, en cambio, indicó que no poseían los recursos necesarios para movilizarse a los servicios de salud en vehículos automotores; lo hacen únicamente caminando o en bicicleta. PMUPA2: *“(...) nosotros, el que se puede ir en bicicleta, se va en bicicleta; el que se puede ir a pie, pues, nos vamos a pie, verdad, y sabemos que es bueno (...)”*.

Por otra parte, en Desamparados, se identificó que la mayor parte de las personas migrantes participantes asisten al centro de salud a pie, debido a la cercanía con las instalaciones de salud y/o a la ausencia de recursos necesarios para trasladarse en un medio

automotor. Una de las personas participantes menciona lo siguiente: “(...) *caminando, desde el Guazo a la Marcial Fallas, eh, el dolor, de hecho, se me incrementó un 90%, porque era un dolor insoportable lo que llevaba y fue una experiencia horrorosa (...)*” (PMDS41).

En cuanto a las personas que se trasladan en un vehículo automotor, el medio utilizado son servicios de pago como autobuses y taxi.

- **Tiempo de transporte**

En cuanto al tiempo de transporte al centro de salud más cercano, se identificó que, en Upala, la mayor parte de las personas migrantes nicaragüenses que participaron en el estudio de investigación duran menos de 20 minutos en llegar a las instalaciones respectivas. Las restantes personas participantes tardan un lapso mayor a los 20 minutos.

Posteriormente, en Desamparados, todas las personas migrantes nicaragüenses participantes indicaron durar menos de 20 minutos en llegar a las instalaciones del centro de salud más cercano. Los rangos mencionados fueron desde los 3 a 20 minutos de duración de transporte.

- **Horarios de atención**

En cuanto al conocimiento de los horarios de atención, en ambos cantones se registró que la mayor parte de las personas migrantes nicaragüenses participantes conocían los horarios de atención de los centros de salud.

Se indagó si las personas migrantes nicaragüenses consideraban el horario como un obstáculo o un facilitador para acceder a los servicios de salud. En Upala, se identificó que la mayor parte de las personas migrantes que conocían los horarios de atención consideraban el horario inadecuado. Fundamentan su opinión en que solamente atienden en un horario específico o, incluso, solo un día a la semana. PMUPA10: “*a ver, el obstáculo realmente no va a ser el horario, porque no atiende de lunes a viernes, atienden solo los jueves. Entonces, yai, uno no prevé una emergencia o una enfermedad, entonces, me puedo enfermar lunes sábado viernes y no hay atención*”.

Otra situación se identificó cuando las personas migrantes consideran que el horario no cubre la demanda existente en el servicio de salud: PMUPA37: “(...) yo diría que hay veces que dificulta, porque llega mucha. Imagínese, hay veces que no, tal vez llegan a buscar una cita y ya no hay, entonces, cuesta mucho usar el servicio (...)”.

En contraparte, en el cantón de Desamparados, se identificó que la mayor parte de las personas migrantes nicaragüenses que conocían los horarios de los centros de salud consideraban el horario adecuado para cubrir las necesidades en salud. No obstante, se identificó una minoría de casos de migrantes nicaragüenses que consideraban el horario como inadecuado, debido a que no cubren las 24 horas del día. CMDSN2: “creo que lo dificulta, porque hay personas que trabajamos hasta después de las 5 p.m., por lo que se nos dificulta asistir”.

- **Requisitos para la atención**

En cuanto a los requisitos para la atención, solicitados a las personas migrantes nicaragüenses en el cantón de Upala, se identificaron tres situaciones en las que los requisitos varían. La primera, consiste en una situación de emergencia o de atención obligatoria para el Estado, en la cual el único requisito que se identifica es poseer alguna identificación. La segunda situación sucede cuando las personas migrantes acuden al centro de salud por cualquier afección de salud que no implique una emergencia o una atención obligatoria por el Estado. Para estos casos, se identificó que a las personas migrantes se les solicita tener al día los documentos de identificación y poseer seguro social. Una de las personas participantes indicó lo siguiente:

PMUPA18: “(...) me pidieron tener al día todos mis documentos, porque igual, si tengo al día el seguro y yo no tengo mis documentos al día, igual, no me atienden. Porque igual me pasó ahorita, con esta cortada, este, se me había vencido lo que es el carné de refugio de Acnur y tenía el seguro al día entonces no me quisieron atender (...)”.

La tercera situación identificada corresponde a una irregularidad en un EBAIS donde la persona migrante indicó que, para poder ser atendido, se les solicita, en adición, una cuota económica, la persona migrante mencionó lo siguiente.

PMUPA2: “(...) piden una donación, dicen es una donación. Una ayuda de mil colones por persona, a cambio de ser atendido, por ser atendido. La donación usted tiene que darla cada vez que lo necesita. Si usted va en el caso de que atienden martes, usted tiene que dar mil colones; ehh, si usted, si le toca ir martes y jueves, ehh, téngalo por seguro que usted tiene que llevar ya mil, para martes, mil, para el jueves (...)”.

Asimismo, en Desamparados, los requisitos coinciden con los de Upala. Se identificaron dos situaciones: la primera, cuando la persona migrante acude al centro de salud por alguna emergencia médica o algún caso de atención obligatoria por el Estado. En estos casos, el único requisito que les solicitan es poseer algún documento de identificación. PMDS27: “(...) piden el pasaporte y la validación de derechos (...)”.

La segunda situación sucede cuando las personas migrantes acuden al centro de salud por cualquier afección de salud que no implique una emergencia o una atención obligatoria por el Estado. En estos casos, las personas migrantes mencionan que el requisito fundamental para ser atendidos en el centro de salud es la tenencia del seguro social. PMDSDN1: “literalmente, solo me dijeron que tenía que tener seguro, ni siquiera me pidieron un documento de identidad”.

En relación con los requisitos de atención, se identificó, para ambos cantones, que la mitad de las personas migrantes nicaragüenses participantes, respectivamente, no posee los requisitos necesarios para acudir al centro de salud. Esto implica la ausencia de documentos de identificación al día y/o ausencia de seguro social.

En Upala, las personas migrantes que no poseen los requisitos necesarios indicaron que la atención en salud no se les ha negado, cuando se trata de alguna situación de atención obligatoria, como el embarazo o alguna emergencia médica. Sin embargo, para esta última, se debe realizar el pago respectivo. PMUPA20: “yo he recibido el servicio, pero, después, me dijo que tenía que pagarlo la consulta. De hecho, hoy terminé de pagar”.

Para otras situaciones que no ameritan emergencia o atención obligatoria, las personas con ausencia de requisitos indican que no son atendidas. Incluso, mencionan situaciones de maltrato. PMUPA6: “(...) lo primero que me sacan en cara es el seguro. Me

sacan en cara que no tengo cédula, me dicen que no tengo nada, que no valgo nada, que soy desechada, que soy un poco de cosas (...)”.

En Desamparados, de manera similar, se identificó que a las personas migrantes nicaragüenses les negaron el servicio de salud cuando no contaban con los requisitos y la causa de la asistencia no implicaba una emergencia médica o un caso de atención obligatoria por el Estado. PMDSN1: *“...sí me lo negaron, porque no tenía seguro y para ellos no era una emergencia...”*. Asimismo, también se identificó que algunas personas sin los requisitos necesarios son atendidas, siempre y cuando realicen un pago por los servicios a recibir.

3. Aceptabilidad del servicio

Tanahashi (1978) plantea que la dimensión de la aceptabilidad del servicio del Modelo de Cobertura Efectiva responde a que el servicio de salud sea aceptable para las personas, una vez que lograron ingresar, de lo contrario, las personas podrían no acudir al servicio o, incluso, buscar cuidados alternativos (Tanahashi, 1978). En consideración de la premisa anterior, se establecieron tres subdimensiones para la dimensión de aceptabilidad del servicio: satisfacción en el servicio, adecuación cultural y privacidad.

- **Satisfacción en el servicio**

En lo que respecta a satisfacción del servicio de salud, la mayoría de las personas migrantes nicaragüenses participantes del cantón de Upala expresaron haber tenido una atención satisfactoria en el centro de salud. La constante de las respuestas obtenidas son como la brindada por el participante con el código PMUPA2, que expresa lo siguiente: *“(...) al menos a mí me atendieron muy bien, las veces que yo fui me han atendido muy bien (...)*”.

De igual manera, se registraron una minoría de personas migrantes nicaragüenses que indicaron encontrarse insatisfechas con la atención recibida. Destacaron insatisfacción con el trato y disconformidad con el cambio de citas de último momento. PMUPA2: *“(...) me fallaron, Ehhh, actualmente, aquí se está viendo como que se está haciendo muy popular esto de decirle vamos a cambiarle la fecha o la cita (...)*”.

De manera similar, en Desamparados, la mayor cantidad de personas migrantes nicaragüenses participantes expresaron estar satisfechas con la atención recibida en el centro de salud al cual acudieron. Un ejemplo de ello es lo mencionado por una de las personas participantes, quien indica: “...sí porque ahí no más me dieron los medicamentos, no tuve que esperar mucho tiempo...” (PMDSN3). Las personas restantes que expresaron encontrarse insatisfechas con la atención recibida y con sus necesidades en salud. PMDSN1: “(...) insatisfecha, porque, literalmente, si me hubiese pasado algo más grave, no sé qué hubiese pasado (...)”.

En esta misma línea de satisfacción en el servicio de salud, en el cantón de Upala, al solicitar a las personas migrantes nicaragüenses participantes que nombraran aspectos positivos de la experiencia en el centro de salud, se obtuvieron, como respuesta, relatos que se resumen en los siguientes puntos:

- Buen trato del personal del centro de salud.
- Atención y amabilidad de los médicos.
- Tamaño adecuado de las instalaciones.
- Excelente limpieza de las instalaciones.
- Resolución de la afección en salud.

Asimismo, en Desamparados, al solicitar a las personas migrantes nicaragüenses que nombraran aspectos positivos de la experiencia en el centro de salud, se obtuvieron, como respuesta, relatos que se resumen en los siguientes puntos:

- Amabilidad del personal médico.
- Atención oportuna ante la situación COVID-19.
- Información oportuna relacionada con la condición de salud.
- Resolución de la afección en salud.
- Rapidez en la atención.

Posteriormente, en el cantón de Upala, al solicitar a las personas migrantes nicaragüenses que nombraran aspectos negativos de la experiencia en el centro de salud, se obtuvieron, como respuesta, relatos que se resumen en los siguientes puntos:

- Mal trato producto de xenofobia.

- Cancelación de citas.
- Filas demasiado grandes para obtener citas.

En Desamparados, al solicitar a las personas migrantes nicaragüenses que nombraran aspectos negativos de la experiencia en el centro de salud, se obtuvieron, como respuesta, relatos que se resumen en los siguientes puntos:

- Trato inadecuado al no contar con los requisitos de atención.
- Escasa información en los centros de salud referente a los derechos en salud.
- Dificultad para obtener citas.
- Obligatoriedad de requisitos para ser atendido en el centro de salud.

- **Adecuación cultural**

En la subdimensión de adecuación cultural, se indagó acerca de la percepción del trato recibido en los centros de salud, según las personas migrantes nicaragüenses participantes. En Upala, se identificó que la mayor parte de las personas migrantes nicaragüenses consideran haber recibido un trato adecuado por parte del personal en salud y administrativo del centro de salud al cual acudieron. Se reiteró que el trato fue amable, con respeto y calidad, por ejemplo, la persona participante con el código PMUPA29 menciona lo siguiente: *“ah no, fue excelente en todo momento, amablemente y no malcriados. No odiosos, como dicen, sino normal”*.

En Upala, se registraron dos personas migrantes nicaragüenses que indicaron haber recibido un trato inadecuado. Se identificó que una de las experiencias consistió en un acto de xenofobia por parte del personal del centro de salud. La persona participante indicó lo siguiente: *“muy malo. Algunos solo me dicen “si querés curarte, si querés estar bien, ándate para tu país, ándate para tu país, ándate para Nicaragua. Andate de aquí, nosotros no te queremos, largate de aquí, andate”* (PMUPA6). La misma persona participante indica que la incitan a buscar ayuda en otro lugar que no sea el centro de salud: *«(...) me dice: “aquí no vengás, andate para Acnur, para cualquier lugar, porque nosotros así no te vemos ni tampoco te queremos atender” (...)*» (PMUPA6). La segunda inconformidad en el trato, se debe a que la persona migrante fue testigo de cómo no atendieron a una persona adulta mayor de manera inmediata, lo cual le generó una molestia con el personal en salud.

Para el cantón de Upala, también se identificó que algunas personas migrantes nicaragüenses, pese a no tener experiencias de trato inadecuado, poseen cierto temor de acudir a los servicios de salud costarricenses. Por ejemplo, PMUPA10: *“(...) en las instituciones de salud pública, acá en Costa Rica, a nosotros los inmigrantes se nos ve como bichos, como basura, como lo último. Ehh, la xenofobia es bastante grande, me da miedo acudir (...)”*.

En Desamparados, al contrario, la mayor parte de las personas migrantes nicaragüenses participantes consideran haber recibido un trato adecuado por parte del personal de salud y administrativo del centro de salud al cual acudieron. PMDSD27 menciona: *“lo que es en salud ha sido lo más lindo, lo más informativo, lo más bien. No he tenido quejas, a pesar de que no soy asegurada y mis hijos tampoco”*.

Por otro lado, se registró una minoría de personas migrantes nicaragüenses que consideran haber recibido un trato inadecuado. La percepción se debe a que les cobraban la atención o se las negaban debido a que no contaban con los requisitos necesarios para ser atendidas.

PMDS41: *«(...) la señora de validación, me acuerdo, me dijo: “es que yo no sé por qué tienen que venir aquí, si saben que no tienen, este... seguro”. Entonces, yo le contesté, no sé si de mala forma, “pero es que yo vengo por necesidad, no vengo porque quiero venir” (...)»*.

En la misma dimensión de adecuación cultural, se indagó si las personas migrantes nicaragüenses consideran que la nacionalidad influyó en el trato recibido por parte del personal del centro de salud. Para Upala, se identificó que la mayor parte de las personas participantes consideran que su nacionalidad no influyó en los servicios de salud. Sin embargo, en otros tipos de servicio, sí han percibido un trato diferente. PMUPA18: *“(...) por los momentos que he ido, en los de salud, me han tratado bien. Hay veces que en algunos otros servicios sí lo tratan a uno diferente; pero, en los de salud, siempre me han tratado bien, me han respetado (...)”*.

Por otra parte, en Desamparados, la mayor parte de las personas migrantes participantes consideran que su nacionalidad nicaragüense no influyó, de ninguna manera,

en la atención recibida en los centros de salud. La constante fueron relatos como el de PMDSN3: “...no, ellos no se fijan en eso. Solo si tenés seguro o no...”. De la misma manera, una minoría de las personas participantes consideran que el ser nicaragüenses y no tener los documentos necesarios influyó en el trato recibido: “(...) apenas yo le dije que no tenía seguro y que era de Nicaragua, su aspecto hacia mi persona cambió (...)”. (PMDSD40).

- **Privacidad**

En lo que respecta a la privacidad de los usuarios, la mayor parte de las personas migrantes nicaragüenses participantes del cantón de Upala expresaron haber tenido una buena privacidad cuando asistieron al centro de salud, la constante en las respuestas de los participantes fueron testimonios como el siguiente: “mi privacidad fue bien protegida, como le decía, yo no tengo queja de ningún tipo” (PMUPA29).

Una persona migrante indicó no haber tenido privacidad y por eso no continuó asistiendo a ningún servicio de salud, producto del mal trato que había recibido PMUPA6: “pa decirte, casi no, no estoy yendo a ningún servicio ahorita, porque, como me han dado tanto maltrato, hasta me siento mal porque, en vez de irme mejorando, lo que han hecho es enfermarme muchas veces”.

Por otra parte, en cuanto a la percepción de privacidad en los centros de salud del cantón de Desamparados, se identificó que todas las personas migrantes nicaragüenses participantes sienten que su privacidad, a la hora de acudir al centro de salud, fue totalmente respetada, por ejemplo, lo que menciona la persona participante PMDSD27: “la verdad es que, hasta ahorita, puedo decir que sí se ha mantenido, porque sí, yo no puedo decir, por ejemplo, que otra persona se haya dado cuenta de mi diagnóstico que yo puedo tener”.

4. Contacto con el servicio

Tanahashi (1978) plantea que la dimensión de contacto con el servicio del Modelo de Cobertura Efectiva responde al contacto real entre el proveedor del servicio y el usuario (Tanahashi, 1978). A partir de la premisa anterior, se establecieron dos subdimensiones para la dimensión de contacto con el servicio: población meta y cobertura de los servicios.

- **Población meta**

Para la subdimensión de población meta se indagó acerca de las acciones que se realizan desde los centros de salud y los CMM, dirigidas a las personas migrantes nicaragüenses. Desde los centros de salud del cantón de Upala, se identificó que las principales actividades realizadas hacia las personas migrantes nicaragüenses son ferias de salud, de manera interinstitucional. Estas ferias son dirigidas a personas migrantes que se encuentran en listas de instituciones como el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) o de la Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR). Además, en estas ferias se abordan diferentes enfoques: *“(...) se hacían generales. En el 2019, fue solo de citologías; en los años anteriores hacíamos de todo. Venía médico especialista, odontología, farmacia. Se les daba medicamento, aún sin seguro; se les hacía como un número interno (...)”* (SSUPC1).

Según el personal de los servicios de salud de Upala, estas ferias de salud atraen una gran afluencia de personas migrantes nicaragüenses, debido a que se realizan en zonas fronterizas y atraen personas viajeras desde Nicaragua, quienes aprovechan la oportunidad de satisfacer necesidades en salud. Sin embargo, se identificó que la situación de pandemia llevó a la cancelación de estas ferias presenciales. Actualmente, se realizan esfuerzos virtuales. SSUPC2: *“(...) ahorita, por el COVID, todo se detuvo, verdad, entonces se han hecho campañas virtuales y videos promocionando la salud y en lo que respecta (...)”*.

En contraparte, en Desamparados, no se identificaron actividades específicas dirigidas a personas migrantes nicaragüenses desde los centros de salud. Las personas profesionales en salud expresan que ofrecen una atención generalizada, sin que la nacionalidad sea un factor. SSDFS2: *“es una atención generalizada: como puede ser para el costarricense, puede ser para el nicaragüense, puede ser para cualquier otra población o nacionalidad; puede ser igual para colombianos, para estadounidenses”*.

Aunque no se identifican actividades específicas dirigidas a personas migrantes nicaragüenses, destaca la existencia de coordinación interinstitucional con instituciones como: el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) y Comisión Nacional de Emergencias (CNE) en situaciones que lo ameriten, por ejemplo, casos de niños o mujeres víctimas de violencia.

En cuanto a acciones desarrolladas desde los CMM, se identifica que, en el cantón de Upala, las acciones dirigidas en salud hacia las personas migrantes nicaragüenses son ferias de salud, organizadas de la mano con instituciones tanto públicas como privadas, y capacitaciones en materia de migración a diversas instituciones y organizaciones del cantón de Upala. Además, se identificó que uno de los principales ejes de trabajo que abordan son los derechos de las personas migrantes. CMMUPB2: *“se está trabajando muchísimo, sí, sobre la salud, sobre los derechos. Se está avocando muchísimo, enfatizando para que se pueda hacer un abordaje en la caja”*.

Se identificó que los funcionarios del CMM forman parte de diversas redes interinstitucionales, donde se abocan por buscar beneficios para las personas migrantes que así lo necesiten. Sin embargo, no existe una red interinstitucional dedicada exclusivamente a la situación de las personas migrantes nicaragüenses. Incluso, a raíz de la pandemia, se detuvieron la mayoría de los esfuerzos de trabajo.

Por otra parte, desde el CMM de Desamparados, se identifican diversas actividades dirigidas exclusivamente a personas migrantes nicaragüenses. La primera es la ejecución de ferias de la salud, en colaboración con otras instituciones. Según el personal del CMM, las ferias alcanzan a muchas personas migrantes y son muy aceptadas. CMMDESE2: *“(...) contamos con mucha participación de los migrantes que se sentían mejor yendo a una feria de la salud, verdad, y tuvimos bastante éxito con esa modalidad (...)”*.

La segunda actividad identificada, dirigida a personas migrantes nicaragüenses, fueron talleres dirigidos a madres adolescente nicaragüenses. En estos talleres, se abordan temas para combatir mitos alrededor de las actividades migratorias. CMMDESE2: *«(...) había mucha gente que se confundía con el tema al decir “si tengo un hijo en Costa Rica, se me resuelven todos los problemas” (...)»*.

También, se identifica que el CMM posee la oficina de intermediación laboral, la cual intenta ayudar al migrante a integrarse al mercado laboral, en miras de tener un seguro médico y mejorar su calidad de vida. Dicha oficina realiza esfuerzos interinstitucionales para cubrir necesidades de las personas migrantes, por ejemplo, se trabaja la violencia doméstica por medio de la Casa de Derechos y de la Municipalidad de Desamparados; se brindan asesorías jurídicas, en colaboración con la UCR; y se busca capacitación a

migrantes por medio del Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), en materia de computación, inglés y otros temas.

En lo que respecta a derechos en salud, el CMM realiza un acompañamiento a las personas migrantes durante el proceso de obtener su condición de aseguramiento, debido a que se menciona un desconocimiento de los derechos. CMMDESE2: “(...) *el migrante que viene no conoce los derechos que tiene en el país, ese es un trabajo que limita a veces la atención en salud (...)*”. En esta misma línea, la persona profesional del CMM menciona que, además del esfuerzo que realiza el centro, la persona migrante nicaragüense posee redes de apoyo de diferentes tipos. El fortalecimiento de estas redes puede ser una manera de mejorar la atención en salud, así como la desmitificación en la población costarricense de que la actividad migratoria nicaragüense solo trae inseguridad, tráfico de drogas o actividades ilícitas.

Para continuar con la subdimensión de población meta, se indagó acerca de la percepción que poseen las personas profesionales en salud respecto al acceso a los servicios por parte de las personas migrantes nicaragüenses. Para el cantón de Upala, las personas profesionales en salud consideran que las personas migrantes nicaragüenses poseen prioridad de atención, siempre y cuando cuenten con los requisitos necesarios; el carné de refugiado es un elemento clave para acceder al sistema de salud costarricense. También, consideran que las personas migrantes nicaragüenses aprovechan el sistema de salud por medio del compromiso de atención obligatoria que posee el Estado con casos específicos como embarazos, niñez y adolescencia o emergencias médicas. Finalmente, se considera que las personas migrantes adultas mayores que no se encuentran en condición de refugiadas les es más difícil el acceso a un servicio de salud, debido a que esta población no se encuentra dentro de la atención obligatoria.

En Desamparados, las personas profesionales en salud expresan que la población meta de los centros de salud es toda la población del cantón de Desamparados. Por tanto, no existe una mayor facilidad para que las personas migrantes puedan acceder a los servicios de salud. Al contrario: consideran que los migrantes poseen las mismas condiciones y oportunidades para asistir a los servicios de salud del cantón:

SSDF2: “(...) si ellos tienen acceso a un teléfono y pueden llamar al call center, igual van a tener acceso a la cita. Si tengo condición de aseguramiento, igual voy a tener acceso a la cita; si tengo alguna enfermedad que genere algún estado de alerta, también voy a tener cita, igual que el costarricense. Entonces, yo creo que hay igualdad de condiciones”.

- **Cobertura de los servicios**

En lo que respecta a la cobertura de los servicios, se indagó acerca de la percepción que tienen las personas profesionales de los centros de salud y de los CMM acerca de la cobertura de los servicios de salud a las personas migrantes nicaragüenses.

En el cantón de Upala, las personas profesionales en salud consideran que la cobertura de los servicios de salud a las personas migrantes nicaragüenses es bastante buena, debido a que siempre se hace un esfuerzo por atender a todas las personas migrantes que se presentan al centro de salud, se menciona lo siguiente:

SSUPC2: “(...) a pesar que los que tienen la prioridad son los niños y las embarazadas, si se le da cobertura al extranjero, porque siempre se les atiende, de una u otra forma, nunca se les ha negado el servicio de salud (...).”.

De la misma manera, las personas profesionales del CMM del cantón de Upala consideran que la cobertura es bastante buena, debido a que al centro acuden muchas personas con seguro por el Estado y poseen la posibilidad de ser atendidas, de manera obligatoria, por el Estado, en ciertas situaciones de salud establecidas en el sistema de salud costarricense.

En contraparte, para el cantón de Desamparados, las personas profesionales en salud consideran que la cobertura de los servicios de salud a las personas migrantes no es la deseada. Esto, debido a que se cubren a muchas personas migrantes nicaragüenses, pero otra gran cantidad se quedan sin atención por no poseer los requisitos necesarios. SSDF2: “(...) si el paciente no tiene una enfermedad de estas que es acogida por ley y no tiene seguro, no le puedo dar la atención (...).”.

De manera muy similar, las personas profesionales del CMM del cantón de Desamparados, mencionan que no hay cobertura total de las personas migrantes nicaragüenses, debido a la falta de requisitos necesarios para acceder al sistema de salud costarricense:

CMMDESE1: “siempre y cuando la persona cuente con su documento, ellos no presentan ningún problema, verdad. Es igual, es exactamente igual que para las personas nacionales; sin embargo, eh, aquí, un 90% de la población no cuenta con su documento, verdad, entonces, el acceder al seguro es un poco más complicado”.

Asimismo, sobresale que la cobertura de las personas migrantes nicaragüenses que ingresaron a Costa Rica a partir de la crisis sociopolítica en Nicaragua ha sido muy complicada, debido a las necesidades en salud que requieren: CMMDESE2: “(...) gente que se ponía a llorar, contándote una historia; gente que venía enferma, eh, yo atendí personas que rápidamente tuve que mandarlas a la caja porque casi venían embarazadas. Solo faltaba que naciera el bebé ahí en la oficina (...)”.

Posteriormente, se indagó acerca de la percepción de las personas profesionales de los servicios de salud, con respecto a la asistencia de las personas migrantes nicaragüenses a los servicios de vacunación. Para ambos cantones, se identificó que las personas profesionales consideran que la asistencia a los servicios de vacunación es bastante alta, gracias al acceso que existe, sin importar nacionalidad o condición de aseguramiento. Resulta en un servicio muy aprovechado por la población migrante en ambos cantones.

Con la cobertura de los servicios, se les solicitó a las personas profesionales de ambos cantones mencionar cuáles consideran como las principales necesidades de las personas migrantes nicaragüenses, en el cantón de Upala, las respuestas de las personas profesionales participantes se resumen en los siguientes elementos:

- Necesidad de atención a enfermedades crónicas en salud.
- Control prenatal a mujeres embarazadas.
- Niños en condición de desnutrición.
- Necesidad de oportunidades laborales para poder acceder a un seguro social.

- Necesidad de tener los documentos de identificación al día.
- Necesidad de acceso a los servicios de salud.
- Necesidad de mayor conocimiento en sus derechos.
- Necesidad de mayor acceso a información.

En el cantón de Desamparados, los profesionales participantes consideran que las principales necesidades de las personas migrantes nicaragüenses se resumen en los siguientes elementos:

- Necesidad de atención a enfermedades crónicas en salud.
- Necesidad de atención a enfermedades de transmisión sexual.
- Necesidad de atención a pacientes con tuberculosis.
- Necesidad de programas en salud enfocados a personas migrantes nicaragüenses.
- Necesidad de acceso a los servicios de salud.
- Necesidad de oportunidades laborales para tener acceso a mejores condiciones de vida.
- Necesidades en salud mental producto del proceso migratorio y condiciones de vida adversas.
- Problemas de desnutrición.

Se indagó acerca de la percepción que poseen las personas profesionales de ambos cantones, respecto de los servicios de salud más utilizados por las personas migrantes nicaragüenses. Para el cantón de Upala, las personas profesionales de salud consideran que los servicios de salud más utilizados son medicina general, debido a que vienen con muchas situaciones de enfermedades crónicas, y el servicio de maternidad, por la gran afluencia de mujeres migrantes en los centros de salud para llevar el control prenatal y proceso de parto.

Asimismo, las personas profesionales del CMM del cantón de Upala consideran que los servicios de salud más utilizados por las personas migrantes son los de emergencias, maternidad y pediatría. Además, mencionan que, en el centro municipal, una de las consultas más frecuentes es acerca del proceso para renovar el seguro médico. CMMUPB1: *“(...) la mayor consulta que hacen los usuarios del servicio acá es más dirigida a la parte de cómo renovar su, este... su seguro, que, como le digo, se convierte en un requisito para poder, ehh, renovar su Dmex (...)”*.

De manera similar, en el cantón de Desamparados, las personas profesionales de salud consideran que los servicios de salud más utilizados por las personas migrantes nicaragüenses son todos los relacionados a medicina general. Las personas profesionales del CMM del cantón de Desamparados consideran que los servicios de salud más utilizados por las personas migrantes nicaragüenses son: el servicio de emergencias y el de maternidad, debido a que, en estos, no se les niega la atención, en caso de no contar con los requisitos necesarios que solicita el sistema de salud costarricense. Además, se menciona que la atención primaria es uno de los servicios más valorados por los migrantes, debido a que está muy debilitada en su país: “(...) *la gente acude mucho al EB AIS. Mucha a esa atención primaria que, me da la impresión, que no la tenía antes, no la tenía, por lo menos, en Nicaragua (...)*” (CMMDESE2).

Seguidamente, se consultó a las personas profesionales de los centros de salud la frecuencia con que las personas migrantes nicaragüenses hacen uso de los servicios de salud, para ambos cantones. Se identificó que la frecuencia con que acuden a los centros de salud es muy alta. Las personas profesionales de salud de ambos cantones expresaron considerar que, incluso, algunos días era mayor la asistencia de personas migrantes, en comparación con la asistencia costarricense. En Desamparados, se identifica un fenómeno de pacientes migrantes re-consultantes en los servicios de salud. SSDFS2: “(...) *hay personas que tienen 24, 50, 72 consultas, son pacientes re-consultantes que, eventualmente, uno tendría que plantearse por qué y buscarles, tal vez, otra opción de atención (...)*”.

Posteriormente, se indagó acerca de la percepción de las personas profesionales respecto a cuáles serían los principales obstáculos para brindar servicios de salud a las personas migrantes nicaragüenses. Para el cantón de Upala, las personas profesionales participantes consideran que los principales obstáculos son los siguientes:

- Falta de documentación al día por parte de las personas migrantes nicaragüenses.
- Falta de personal capacitado para la atención de personas sordas, mudas y con discapacidad visual. SSUPC1: «(...) *hay mucha gente que viene “sordomuda”, que vienen con un familiar y ni el paciente sabe qué tiene ni nada (...)*».
- Analfabetismo de las personas migrantes nicaragüenses.

- Situación adversa económica de las personas migrantes nicaragüenses que los excluye de acceder a herramientas tecnológicas de información y comunicación.
- Residencia en zonas muy alejadas del cantón de Upala.
- Desconocimiento de leyes y sistema de salud costarricense.
- Desconocimiento de derechos como personas migrantes.
- Costumbres diferentes a las costarricenses.
- Trámites de aseguramiento complejos.
- Presencia de xenofobia en el personal de salud.

Por otra parte, las personas profesionales del cantón de Desamparados consideran que los principales obstáculos para brindar los servicios de salud a las personas migrantes nicaragüenses en el cantón son los siguientes:

- La falta de aseguramiento de las personas migrantes nicaragüenses.
- La situación económica que les impide subsanar la condición de aseguramiento.
- La falta de información acerca del funcionamiento del sistema de salud costarricense.
- Falta de documentación al día por parte de las personas migrantes nicaragüenses.
- Falta de capacitación jurídica en el personal de los servicios de salud.
- Desconocimiento de derechos en salud por parte de las personas migrantes.
- Xenofobia en la población general incluyendo personal en salud.

Finalmente, se indagó acerca de la percepción de las personas profesionales respecto sobre cuáles serían los principales facilitadores para brindar servicios de salud a las personas migrantes nicaragüenses. Para el cantón de Upala, las personas profesionales participantes consideran que los principales facilitadores son los siguientes:

- Apoyo de organizaciones como ACNUR y OIM.
- Información oportuna y de calidad a las personas migrantes nicaragüenses.
- Giras de campo a las zonas más alejadas del cantón.
- Aumento del personal en salud para poder brindar mayor cobertura.
- Sensibilización del personal de salud.

Por otra parte, las personas profesionales de Desamparados consideran que los principales facilitadores para brindar los servicios de salud a las personas migrantes nicaragüenses en el cantón serían los siguientes:

- Aumento del recurso humano para aumentar la capacidad resolutive en los centros de salud.
- El compromiso actual del Estado de atención obligatoria a ciertas situaciones en salud.
- Sensibilización del personal de salud.
- Creación de un entorno de confianza, en el cual la persona migrante no sienta temor de acudir a los servicios de salud.
- Coordinación con las redes de apoyo que poseen las personas migrantes nicaragüenses.

5. Resultados de barreras emergentes

Durante el análisis de la información recolectada, se identificaron algunas barreras emergentes que no se adaptan específicamente a las dimensiones del Modelo de Cobertura Efectiva de Tanahashi planteadas, a continuación, se detallan dichas barreras. La primera barrera emergente que se identifica es el descontento de personas profesionales de la salud, con respecto a los beneficios que poseen las personas migrantes refugiadas. Esto, debido a que una de las personas profesionales de los servicios de salud del cantón de Upala considera que muchas personas migrantes se aprovechan de los beneficios que poseen los refugiados. Algunas deciden fingir ser refugiados para ser atendidas en los servicios de salud y lo expresa como algo malo o con un sentimiento de rechazo hacia las personas que incurren en esta práctica:

SSUPCI: «cuando se vino todo esto de los migrantes, no sé qué, los refugiados, mucha gente que vivía aquí, que tenía años de vivir aquí, vienen y dicen “Yo soy refugiado”, “yo vine e ingresé al país ahorita”.Entonces, ellos se aprovechan de eso y es una barrera, porque hay muchas personas que no tienen ni siquiera una partida de nacimiento y nada, solo se aprovechan de esa cosa».

La misma persona profesional en salud considera que las personas migrantes nicaragüenses conocen más los derechos en salud que las personas costarricenses.

SSUPC1: *«(...) conocen más los derechos en salud que los ticos. Vienen exigiendo, a veces: “Tienen que atenderme o si no me atienden porque no tengo seguro llamen a ACHNUR y ellos le resuelven” Y a veces no es así. Ellos tienen que tener la responsabilidad de tener algo, algún documento, pero ellos se enojan cuando se les rechaza, entonces, exigen el servicio (...)».*

Producto de este descontento identificado, la persona profesional asegura que el sistema de salud costarricense es más amigable con las personas migrantes nicaragüenses que con las personas costarricenses: *“(...) yo siento que sí, es más amigable que con el tico (...)”.*

La segunda barrera emergente responde a la creencia de que, en Costa Rica, no hay un sistema de seguridad social, por el hecho de que, en la mayoría de los servicios, son de paga, la persona migrante menciona lo siguiente: *“(...) de hecho aquí no hay nada público, aquí todito todito es privado, entonces, aquí no hay nada público (...)”* (PMDS27).

Posteriormente, como barrera emergente, se identifica que a las personas migrantes nicaragüenses, muchas veces, se les otorgan seguros por el estado con validez de un año. Esto, aunque una cita médica pueda durar hasta dos o tres años en realizarse, debido a la situación actual del sistema de salud costarricense, lo que dificulta el acceso y obliga a las personas migrantes a acceder a servicios de salud privados o alternativos. Una de las personas migrantes con esta situación menciona lo siguiente:

PMDS27: *“(...) a mí me estaban dando unos dolores muy fuertes en el vientre, entonces, la doctora me mandó un ultrasonido pélvico y, diay, a mí se me vence el seguro por refugio. Se me vence el 31 de diciembre, o sea, el otro mes, y el bendito ultrasonido me lo mandaron hasta el 2023. Entonces, diay, prácticamente no, diay, como que no, no, no me lo puedo hacer (...)”.*

Como última barrera emergente, se identificó que las personas migrantes nicaragüenses, al no contar con los requisitos necesarios para acudir a los servicios de

salud, recurren, como alternativa, a la medicina natural, o bien, a la automedicación, por medio de la compra de medicamentos a la libre. La persona profesional del CMM del cantón de Desamparados comparte lo siguiente.

CMMDESE2: “(...) lo que hace que gente vaya a comprar ahí, al parque de la merced y esos lados, medicamentos que venden así, por la libre, eso es un tema ahí que, a veces, hay medir esa venta ilegal de medicamentos que, a veces, termina perjudicando mucho más que sanando (...)”.

Se realizó un resumen de las barreras y facilitadores identificados para cada uno de los cantones, según los perfiles de los participantes del estudio de investigación. (Ver anexo 10).

Posterior a la presentación de los resultados obtenidos para cada una de las dimensiones del Modelo de Cobertura Efectiva, se desarrolla la siguiente discusión para los resultados según dimensiones del modelo.

Capítulo V

X. Discusión de resultados

A. Caracterización de la población migrante nicaragüense que asiste a los centros municipales para migrantes de Upala y Desamparados desde el modelo de “Desigualdades en Salud”.

1. Determinantes estructurales

Los determinantes estructurales pueden ser entendidos como los mecanismos sociales, referentes al contexto socioeconómico y político que dan lugar a una posición socioeconómica en la que las poblaciones se estratifican (Solar & Irwin, 2010). Para efectos de esta investigación, se tomaron en cuenta los determinantes de ingreso, educación, ocupación, estatus migratorio y clase social. A continuación, se presentan los resultados obtenidos:

- Determinante de Ingreso:

Según el modelo de Desigualdades en Salud, el ingreso es entendido como:

“El indicador de nivel socioeconómico que mide, de manera más directa, la posición socioeconómica, debido a que permite la adquisición de recursos y puede influir en una amplia gama de circunstancias materiales con directa implicación para la salud” (Solar e Irwin, 2010).

El 75% de los participantes del cantón de Upala y el 44,4% de los participantes del cantón de Desamparados afirmaron tener ingresos de 208,000 colones o menos por mes. En este caso, el ingreso es una característica que tiene relación directa con la calidad de vida de las personas, ya que puede hacer una gran diferencia en el acceso a bienes y servicios básicos para el bienestar.

Asimismo, según la OPS (2021), existe evidencia de que el empleo y la vivienda son ejemplos de Determinantes Sociales de la Salud, los cuales pueden afectar la salud de las personas migrantes y refugiadas. Estas personas tienen un mayor riesgo de vivir en condiciones de hacinamiento o sin acceso a servicios de saneamiento básico, lo que aumenta la probabilidad de contraer enfermedades y afectar su calidad de vida.

- Determinante de educación:

El determinante educativo puede ser entendido como un indicador de uso frecuente en epidemiología y se puede medir como una variable numérica (años de educación completa) o como una variable categórica, al evaluar la educación en hitos, como la finalización de primaria o bachillerato, diplomas de educación superior o grados (Solar e Irwin, 2010). Para fines de esta investigación, el Determinante de educación fue medido según el último año de escolaridad alcanzado por la persona participante. A grandes rasgos, los participantes del cantón de Desamparados poseen un grado de escolaridad más alto en comparación a los participantes de Upala.

Según el (IFAM, 2019), a partir del año 2018, el perfil de las personas que ingresaron al país (Costa Rica) sufrieron cambios, pues, en su mayoría, empezaron a migrar estudiantes universitarios y jóvenes, quienes temían por su vida y bienestar en el vecino país.

Según esta premisa y los resultados de este estudio, la mayoría de las jóvenes que migraron a Costa Rica a partir del 2018, se localizaron, en su mayoría, en zonas urbanas, como Desamparados. Esto se debe a diferentes aspectos como: (a) el acceso a empleos de diferente naturaleza, que no se ofrecen en zonas rurales, y (b) a un mayor acceso a educación superior, para continuar con sus estudios.

Además, la educación, a partir del modelo de “Desigualdades en Salud”, es visto como fuerte determinante de empleo e ingresos futuros. Establece que los conocimientos y habilidades adquiridos a través de la educación pueden afectar el funcionamiento cognitivo de una persona, hacerlos más receptivos a mensajes de educación sanitaria, o mejorar habilidades para comunicarse y, así, acceder a servicios de salud apropiados (Solar e Irwin, 2010).

- Determinante de ocupación:

Según el modelo de Desigualdades en Salud, el determinante de ocupación define el lugar de las personas en la jerarquía social, no solo porque indica exposición a determinados riesgos ocupacionales, sino porque identifica las relaciones de trabajo de dominación y subordinación entre empleadores y empleados. O, con menos frecuencia, caracteriza a las personas como explotadoras o explotadas en las relaciones de clase (Solar e Irwin, 2010).

El mercado y las oportunidades laborales que tienen las personas migrantes de Upala son muy diferentes a las de las personas migrantes de Desamparados. En Upala, la mayoría de los participantes estaban empleados en puestos relacionados al área de la ganadería y la agricultura. Según Delgado & Córdoba (2017), en la zona de Upala, la mayoría de las personas migrantes se dedican, principalmente, a actividades económicas relacionadas con la agricultura. Esto se relaciona directamente con el perfil educativo que posee esta población y a la oferta de empleo en la zona.

En Desamparados, existe una relación entre el género y la ocupación de las personas participantes, en su mayoría, mujeres dedicadas principalmente a tareas del hogar, como amas de casa o asistentes domésticos Según el Banco Mundial (2008, p.3), en la relación

entre la migración y género, existe una segregación de mercado laboral y una división sexual del trabajo en el hogar, que determinan la existencia de flujos migratorios.

Por otro lado, la relación entre migración y género se manifiesta en una dinámica compleja, influenciada por la división sexual del trabajo, tanto en el hogar como en el mercado laboral. Como menciona Banco Mundial (2008, p.3) “Hombres y mujeres siguen diferentes patrones migratorios ya que se dedican a actividades distintas en su país de origen y se espera que busquen ocupaciones similares en el país al que migran”.

Según datos del Banco Mundial (2008), en términos numéricos, no existe mucha diferencia en los flujos migratorios de las mujeres y las niñas, en comparación a los hombres. Ambos grupos reflejan flujos significativos de migración, a pesar de que las mujeres parecen ser más vulnerables a la trata y tráfico de personas.

- Determinante de Clase Social:

El modelo de Desigualdades en Salud define el determinante de clase social por las relaciones de propiedad o control sobre los recursos productivos (físicos, financieros y organizativos). Tiene consecuencias importantes para las vidas de los individuos, pues el alcance del derecho legal, para controlar los activos productivos, determina las estrategias y prácticas de un individuo dedicado a adquirir ingresos. Como resultado, determina el nivel de vida del individuo (Solar e Irwin, 2010).

Se logró identificar una mayor cantidad de participantes que poseen ingresos por debajo de la línea de pobreza y línea de pobreza extrema, en el cantón de Upala. Y se puede afirmar que el 100% de los participantes del cantón de Desamparados poseen ingresos mayores a los establecidos por estos índices.

Las clases sociales pueden entenderse como la relación de los individuos y su papel en el sistema productivo, el cual le brinda una caracterización o estatus y, a su vez, determina el acceso a diferentes bienes y servicios. Para efectos de esta investigación, la categoría de “clase social” será analizada con relación al nivel socioeconómico de las personas migrantes nicaragüenses participantes. Esto, debido a ser un tema de gran

amplitud, en el cual influyen otros factores analizados, como educación, localización geográfica o zonas de residencia, ingresos, edad, entre otros.

Al hablar de clases sociales existen dos conceptos fundamentales: la desigualdad y la división social. Estas divisiones brindan, a los miembros de cada clase, un estatus que se vincula con el poder y el prestigio, entendidos como el grado de elección o influencia personal sobre otros y el grado de reconocimiento recibido por otros (UNNE, 2010)

El índice de pobreza suele ser un reflejo de la desigualdad en una sociedad. Dicha desigualdad puede verse reflejada en las condiciones de vida, en el menor acceso a oportunidades y recursos, lo cual genera una división social. Al analizar la clase social, a partir del índice de pobreza e índice de pobreza extrema, permite tener un acercamiento al nivel socioeconómico que tiene esta población y su posición en la sociedad costarricense. El nivel socioeconómico es un atributo que se caracteriza por el acceso potencial y la disponibilidad real de recursos económicos, basado en la integración de muchas variables. (UNND, 2010, p.2)

- Determinante de estatus migratorio:

Se integró el estatus migratorio como parte de los Determinantes Estructurales. Como se pudo evidenciar en los resultados, las personas migrantes se enfrentan a barreras significativas para acceder a los servicios de salud. Además, existe un miedo y un estrés asociado, los cuales tienen efectos negativos, tanto en la salud física como mental de las personas migrantes.

Dentro de las principales causas migratorias está la migración debido a las amenazas, acoso y persecución por parte de personas que presidian el gobierno Ortega-Murillo y allegados. Según un estudio realizado por la CIDH:

“las principales causas de la huida de las personas nicaragüenses de su país fueron por amenazas directas en un 33% de los casos; por amenazas por redes sociales en un 23%; por imputación de delitos en un 11%; por la represión estatal en un 8%; por asedio y persecución en un 6%; por detención arbitraria en un 7%; por atentados en un 5%; como consecuencia

de heridas en un 5%; por violación sexual en un 1%; y por negarse a cumplir órdenes en un 1%.” (2019, p.13)

Según CIDH:

“Las intimidaciones, hostigamientos y persecución por parte de los agentes estatales, parapoliciales y miembros de los Consejo del Poder Ciudadano en contra de las personas nicaragüenses identificadas como opositoras al gobierno han generado que estas se vean obligadas a desplazarse” (2019, p.60)

Esta crisis sociopolítica fue responsable por aumento significativo de la migración de personas hacia Costa Rica, en busca de refugio y seguridad para ellas y sus familiares. Existieron grupos de migrantes que estaban mayormente expuestos a intimidaciones, hostigamiento y persecución. Algunos fueron los profesionales en periodismo y comunicación (y/o afines) y los estudiantes universitarios partícipes de las protestas en contra del gobierno Ortega-Murillo.

La CIDH identificó como perfiles de persecución a las y los periodistas que cubrían las manifestaciones y los hechos violentos en Nicaragua. Existen ejemplos documentados de periodistas que recibieron impactos de bala en la cabeza, mientras realizaba una transmisión en *Facebook live*, además de otras denuncias sobre agresiones (2019). A partir de la persecución de periodistas, se dio el cierre de diferentes medios de comunicación; medios que transmitían los hechos de violencia generados por el gobierno.

Este aspecto también fue identificado en el informe de la CIDH, en el cual se habla del cierre y censura de medios de comunicación independientes u oponentes al estado. Esto forzó el exilio político de personas relevantes en el ámbito periodístico nicaragüense. Además, se documentaron ataques directos, como la toma de las instalaciones de 100% noticias, la quema de las instalaciones de la Radio Darío de la ciudad de León y la detención arbitraria de personas que se desempeñaban en el ámbito periodístico (CIDH, 2019).

La migración forzada puede entenderse como:

El resultante de coacción, violencia, apremio políticos o medioambientales, u otras formas de coacción, en lugar de acciones voluntarias. En este sentido, la migración forzada representa un movimiento de personas donde existe un elemento de coacción, como amenazas a la vida y a los medios de vida, a consecuencia o bien de causas naturales, o bien de causas creadas por el ser humano. (OIM, 2005, citado en Pachón, 2011, p.5).

Parte de los resultados de esta investigación, fue la identificación de dos tipos de migrantes: los migrantes forzados, que alcanzaron el estatus de refugio, y los que no.

La CIDH (2019, p.74) considera que las personas que se vieron forzadas a desplazarse, a partir de la crisis sociopolítica del año 2018 en Nicaragua, no tenían opción de permanecer en ese país sin ser sometidos a medios coercitivos (amenazas directas y a sus familiares). La decisión de huir de las personas no se basa en una elección voluntaria, sino en la única salida frente a las amenazas inminentes a su vida e integridad. Es decir, el sometimiento de un estado de coerción y temor que, al aplicar los criterios esbozados, implica haber sido desplazados “por la fuerza”. Asimismo, la migración forzada de personas nicaragüenses tanto dentro como fuera del territorio constituye, en sí misma, una grave violación de los derechos humanos.

2. Determinantes intermedios

Según el modelo de “Desigualdades en salud” de Solar & Irwin (2010), se establece que los determinantes intermedios son aquellos relacionados a las circunstancias materiales, circunstancias psicosociales, cohesión social y servicios de salud.

- Determinante de circunstancias materiales

Para este apartado, las circunstancias materiales pueden ser entendidas como determinantes vinculados a lo físico como: el medio ambiente, la vivienda (la propia vivienda y su ubicación), consumo potencial (es decir, los medios financieros para comprar comida, ropa de abrigo, etc.), el trabajo físico y su entorno. Dependiendo de su calidad, estas circunstancias proporcionan recursos, y contienen los riesgos, para la salud (Solar e Irwin, 2010).

Tras el análisis de los resultados, se pudo identificar que, en ambos cantones, la opción más común, en cuanto a la condición de la vivienda, es el alquiler, seguida por las casas propias totalmente pagadas. En cuanto a las características de las viviendas, la mayoría de los participantes mencionó el uso de materiales como madera, alfombras y láminas de zinc, entre otros. Según la percepción de estos participantes, sus hogares no se encontraban en las mejores condiciones para ser habitados.

Muchas de las condiciones descritas pueden llegar a ser contraproducentes para la salud de las personas que habitan la vivienda, lo cual da paso a la propagación de vectores como mosquitos y enfermedades respiratorias y del sistema digestivo.

El Comité de Derechos Económicos, sociales y culturales señaló que, para considerar una vivienda como adecuada, se deben observar aspectos como la disponibilidad de servicios, materiales, facilidades e infraestructura, acceso permanente a recursos naturales y comunes, a agua potable, energía para la cocina, alumbrado, instalaciones sanitarias y de aseo, de eliminación de desechos, de drenaje y de servicios de emergencia. Además, debe ofrecer un espacio adecuado a sus ocupantes y protegerlos del frío, humedad, calor, lluvia, viento u otras amenazas para la salud, de riesgos estructurales y de vectores de enfermedad, debe de garantizar en sí la seguridad física de los ocupantes (CIDH, 2019, p.136).

Se logró identificar a personas migrantes que viven en condición de hacinamiento o que se encuentran en “condición de calle”. Esto fue más recurrente en el cantón de Upala, en comparación a Desamparados. La CIDH reconoce esto como una forma de discriminación y de violación de los derechos humanos, específicamente, el derecho a la vivienda el cual debe ser entendido como “el derecho a vivir en seguridad, paz y dignidad en alguna parte” (CIDH, 2019, p.136). Tomando en cuenta todas las disposiciones anteriormente descritas.

- Determinante de circunstancias psicosociales

Dentro de este determinante, se analizan estresores psicosociales, como acontecimientos vitales negativos y tensión laboral, además de circunstancias de vida

estresante, como alta deuda y falta de apoyo social y de estilos de afrontamiento, etc. Diferentes grupos sociales están expuestos, en diferentes grados, a experiencias y situaciones de la vida que se perciben como amenazantes, atemorizantes y difíciles de afrontar en el día a día (Solar e Irwin, 2010).

Según el análisis de los resultados, las personas de ambos cantones cuentan con redes de apoyo, en su mayoría, conformadas por entornos familiares, amigos cercanos o personas vecinas de las comunidades donde viven. Por otro lado, las personas migrantes viven, día a día, situaciones de estrés, potenciadas por su estatus migratorio. Miedo por la situación de sus familias en el extranjero, miedo por no ser atendidos en casos de una emergencia médica, miedo a la discriminación y, en el caso de personas migrantes con estatus irregular, miedo a no poder regularizar su estatus migratorio.

Según Arbona et al., 2010. citado en Orozco (2013, p.18) se ha demostrado que factores como el miedo a la deportación, la discriminación, el estatus migratorio y la separación familiar están fuertemente relacionados con altos niveles de estrés familiar. Todas estas situaciones de estrés pasan por el tema de la adaptación sociocultural de la persona a la sociedad receptora. Estos procesos dependen, en sí, de los ajustes que realicen los migrantes cuando ya viven en su nuevo lugar de residencia. La adaptación sociocultural está determinada por los recursos que obtengan las personas migrantes, ya sean oportunidades escolares, salarios, apoyos gubernamentales y las interacciones sociales dentro de la comunidad receptora. A partir de esto, se destaca la importancia de las condiciones del proceso migratorio: no es lo mismo migrar de forma forzada y espontánea, a migrar de manera voluntaria y con recursos necesarios para asegurar condiciones básicas como la vivienda y el trabajo.

Los relatos de situaciones de estrés son una muestra representativa de la realidad que viven las personas participantes, en el contexto de un proceso migratorio que afecta su entorno. Este proceso de adaptación sociocultural da lugar a la aculturación.

“Esta etapa se caracteriza por el estrés, el choque cultural, las dificultades económicas, experimentadas por la mayoría de los inmigrantes, la

discrepancia entre sus aspiraciones y logros alcanzados, la sensación de desarraigo y la discriminación”. (Orozco, 2013, p.19)

- Determinante de factores conductuales y biológicos:

El proceso de adaptación de acogida que llevan las personas en el país puede estar mediado por un conjunto de factores estresores, los cuales, a su vez, pueden desencadenar prácticas no saludables. Estas prácticas pueden dejar, como resultado, el desarrollo de una enfermedad no transmisible, por ejemplo, diabetes, hipertensión, cáncer entre otras.

Se comprenden, como factores conductuales, el fumar o no fumar, la dieta, el consumo de alcohol, la falta de ejercicio físico. Luego, como factores biológicos, se incluyen los factores genéticos, edad y sexo, todo desde una perspectiva desde los DSS (Solar e Irwin, 2010).

La primer subdimensión analizada es la prevalencia de enfermedades no transmisibles en la población migrante. Según Rodríguez (2013), las personas migrantes sufren discriminación al momento de recibir atención en los servicios de salud. Al hablar de migración, las enfermedades no transmisibles toman relevancia al existir una carencia en estudios que aborden esta temática. En su mayoría, la literatura aborda las enfermedades desde la perspectiva internacional, o, en otras palabras, enfermedades transmitibles e importadas.

Las enfermedades no transmisibles, en algunos casos, están caracterizadas por requerir de procedimientos médicos y tratamientos farmacológicos para su control y mitigación de riesgos. Para las personas migrantes con estatus migratorio irregular, acceder a controles y tratamientos médicos se dificulta más que para aquellos migrantes con un estatus migratorio regular.

La discriminación y los malos tratos tiene resultan en que las personas migrantes no acudan a los servicios de salud en situaciones que no sean de extrema necesidad. Parte de los resultados de la investigación señalan que al menos el 50% de los participantes, tanto del cantón de Upala como Desamparados, no tienen conocimiento de si padecen o no una enfermedad no transmisible.

Las condiciones de vida de las personas migrantes pueden tener grandes impactos en la salud y en el desarrollo de estas enfermedades; en muchos casos según Roca & Balazó están expuestas a mayores riesgos, personales y ambientales, peor nutridos y tienen menos acceso a la información y asistencia sanitaria. Asimismo, se afirma que la salud es fundamental para el desarrollo de las personas y de los pueblos. Es entonces que los profesionales en salud toman un reto en la lucha contra las inequidades en salud y la pobreza. Trabajar sobre el estado de salud de las personas y comunidades ayudará a enriquecerlas (Roca & Balanzó, 2006).

Seguido a esto, se analizó la prevalencia del consumo de alcohol y productos derivados del tabaco. Se afirma que existe un consumo por parte de esta población de ambas sustancias.

Según López-Cisneros, et al.

El tabaco y alcohol son las sustancias psicoactivas con más alta prevalencia y trascendencia social a nivel mundial, representan un problema de salud pública, debido a las consecuencias y riesgos que provocan para la salud, como afecciones hepáticas, diversos tipos de cáncer, problemas respiratorios graves, lesiones y accidentes automovilísticos. Estos padecimientos se ubican entre las primeras causas de enfermedad, invalidez y muerte prematura. La adicción a estas drogas y sus consecuencias, afectan significativamente la vida de las personas, provocando un gran sufrimiento en la familia y produciendo múltiples pérdidas y gastos a nivel de la comunidad. (2016, p.128)

El proceso migratorio produce situaciones que pueden llevar al consumo de sustancias. El consumo de estas sustancias está estrictamente relacionado a los estilos de vida y a los DSS de las personas. En el caso de las personas migrantes, existen características y factores de riesgo que podrían incidir de manera significativa en el consumo y la frecuencia de consumo de estos productos.

Según González-López, Rodríguez-Gázquez, & Lomas-Campos:

Los inmigrantes traen consigo diferentes pautas de comportamiento y percepción respecto al acceso a servicios sociosanitarios y al consumo de drogas, pero también el proceso de migración produce nuevas situaciones relacionadas con el consumo de sustancias. La migración conlleva estrés social (estrés post-migratorio), que tiene implicaciones sociosanitarias y económicas que muchas veces llevan consigo un proceso de desestructuración familiar constituyendo un factor de riesgo importante para el consumo de drogas. (2012, p.2)

Según el análisis de los resultados obtenidos, respecto a la frecuencia y práctica de actividad física, hay mayor frecuencia y mayor porcentaje de personas que practican actividad física en Upala, en comparación a Desamparados. Esto debido a que la bicicleta es un medio de transporte común en el cantón de Upala. Las personas migrantes que residen en Desamparados describieron que, en contextos urbanos, no existen muchos espacios dónde realizar actividad física, debido a la percepción de inseguridad.

Según Perea-Caballero et al., (2019, p.122):

“Los beneficios de la Actividad Física por sistemas van desde los neurológicos y su impacto hasta en patologías como la ansiedad y la depresión, reducir el riesgo de demencia, promover la función cognitiva y disminuir el riesgo de accidente cerebrovascular. En cuanto a la salud cardiovascular se destaca la reducción en el riesgo de mortalidad, enfermedad coronaria, mejores cifras de tensión arterial y promueve la rehabilitación cardiovascular una vez ocurrido un evento de este tipo. Podemos observar también beneficios endocrinos, musculo-esqueléticos y un impacto hasta en la disminución de riesgo de los tipos de cáncer más incidentes en la población actual” (p.122).

- Determinante de Sistema de salud

El modelo de “Desigualdades en salud” propone que el sistema de salud puede abordar directamente las diferencias en la exposición y vulnerabilidad, no solo mejorando la equidad en el acceso a la atención, sino también en la promoción de acción intersectorial

para mejorar el estado de salud (Solar e Irwin, 2010). Las personas migrantes, tanto de Upala como de Desamparados, afirmaron optar por medios para la atención médica más económicos, ya fueran farmacias o, en algunos casos, servicios de salud privados. El problema de la privación de la atención a equipos básicos de atención integral en salud u otros centros de salud radica en que muchos de los padecimientos médicos que pudieron curarse en etapas preventivas terminan siendo atendidos en emergencias y, en muchos casos, con complicaciones mayores (Voorend, 2016).

En un estudio realizado en países de Sudamérica, debido la falta de cobertura en los servicios de salud públicos, los migrantes tienen que depender de fuentes alternativas de ayuda médica. Las farmacias son una de ellas. En América Latina, se ha observado que el 55% de los migrantes, en Perú, y el 11%, en Ecuador, buscan ayuda médica en estos establecimientos. Los centros de atención médica (que no sean hospitales y clínicas) también han sido visitados por migrantes, especialmente, cuando hay niños enfermos involucrados (Abuelafia, 2020). Con base en el estudio de los resultados, en las experiencias de las personas migrantes participantes del estudio, se lograron identificar situaciones de discriminación y xenofobia. Según Rodríguez (2013):

“La discriminación social hacia las personas migrantes no solamente se experimenta en el trato que les da la sociedad, sino que muy especialmente en el nivel de atención en salud, donde constantemente se marca el repudio por el foráneo. Dicha condición despierta en las personas afectadas una serie de evocaciones nostálgicas y dolorosas por causa de un trato que sin motivo les coloca en una posición de sumisión hacia el sistema de salud y en general hacia la sociedad” (p. 42).

Los malos tratos y situaciones de discriminación se potenciaban en el momento en que una persona migrante acudía a un servicio de salud y no contaba con los requisitos para la atención. El trato diferenciado de personas, por la condición de seguro médico, puede afectar la salud de los migrantes en dos canales principalmente. Primero, la experiencia de discriminación en sí misma puede inducir efectos fisiológicos y psicológicos, que pueden tener un efecto negativo en la salud; y segundo, el trato diferenciado de los trabajadores

hacia los grupos migrantes puede conducir a una peor calidad de atención. El tratamiento diferencial de un médico hacia un grupo como los migrantes puede tener múltiples factores, como los prejuicios (discriminación basada en el gusto) o creencias distintas por parte de los médicos sobre el estado de salud y el comportamiento relacionado con la salud de ciertos grupos raciales o étnicos (BID, 2020).

Por esto, se puede afirmar que el acceso a los servicios de salud no siempre es automático, sobre todo, en casos que no son considerados emergencias médicas. Según Voreend, el acceso a los servicios de salud puede estar mediado por la percepción de legalidad:

“No es automático su acceso a los servicios, ya que pese a contar con estados migratorios legales, no siempre reciben el servicio que buscan por percepciones de ilegalidad. Es decir, los funcionarios operativos de ventanilla pueden negar servicios según su propio criterio” (Voreend, 2016, p.228).

En la teoría, el sistema de salud costarricense ofrece servicios de salud bajo los principios de universalidad, equidad e igualdad. A pesar de esto, muchas veces, las políticas de atención, al igual que en otros países de Latinoamérica, no son claras y las medidas no siempre se implementan de manera efectiva, sobre todo, a nivel local. Esto significa que los migrantes, a menudo, tienen un acceso desigual a la atención médica, en la práctica (Selee & Bolter, 2020).

- Determinante de cohesión social

El modelo de “Desigualdades en salud” propone la cohesión social como las características de la organización social: las redes, las normas y la confianza social, que facilitan la coordinación y cooperación para beneficio mutuo (Solar e Irwin, 2010).

Según el análisis de los resultados obtenidos en el Determinante de cohesión social, en el cantón de Desamparados existe un mayor número de personas que pertenecen a una red de apoyo. Estas redes ofrecen apoyo en diferentes aspectos como cuidado infantil, emprendedurismo y apoyo en distintos aspectos a migrantes que llegaron a Costa Rica de manera forzosa. Los grupos o redes de apoyo pueden entenderse como “Relaciones de

amistad, afectivas o de intercambio de ayuda instrumental. En ellas, a menudo se hallan vías necesarias para el acceso a diferentes recursos para el acceso a un empleo, una vivienda u obtener ayuda en cuestiones de carácter doméstico, como el cuidado de los miembros dependientes de la familia” (Huete, 2011, p.48).

B. Barreras y facilitadores del acceso a servicios de salud de las personas migrantes nicaragüenses que asisten a los Centros Municipales para Migrantes de Upala y Desamparados a partir del modelo “Cobertura Efectiva”.

1. Disponibilidad del servicio

La discusión de esta dimensión se estructura en las tres subdimensiones establecidas, las cuales fueron: infraestructura, recurso humano e información.

- **Infraestructura**

En ambos cantones, se identifica cómo predomina la percepción de la buena calidad de la infraestructura de los servicios de salud en Costa Rica. Esta situación puede tener su origen en el esfuerzo de inversión que ha realizado Costa Rica históricamente en el sistema de salud costarricense, el cual se contrasta al sistema de salud de Nicaragua.

Muiser, Sáenz & Bermúdez (2011) mencionan que

“Los retos más grandes que enfrenta el sistema de salud nicaragüense son: la pobreza, la inequidad social y geográfica y la relacionada inequidad en salud, además de la falta de recursos públicos para lograr la cobertura universal en salud de manera equitativa” (Muiser et al, 2011, p.241).

Por otra parte, Fouratt & Voorend (2019) establecen que:

“En Costa Rica, el acceso a la atención médica pública es limitado por mecanismos legales y extralegales. Mientras tanto, en Nicaragua, los servicios estatales son cualitativamente insuficientes para cubrir a toda la población (Fouratt & Voorend, 2019, p.375).

- **Recurso humano**

La percepción de faltante del recurso humano en las áreas de salud se puede asociar con un reto estructural institucional dentro de la CCSS, en la prestación de los servicios de salud, específicamente, en la estructuración de los EBAIS. La CCSS reconoce que la Institución no ha logrado cumplir la meta propuesta, en su momento, por el modelo de atención de una relación de 4000 o menos habitantes por EBAIS conformado.

Para el año 2020, la CCSS reportó un promedio de alrededor de 4539 habitantes por EBAIS, conformados en los últimos once años. Además, mencionó que sería prudente revisar esta designación, para establecer con criterio técnico y apoyado en una metodología con validez. Lo anterior, como respuesta a la existencia de una meta institucional por alcanzar, de una relación promedio máxima de un EBAIS de 4000 habitantes, como paso intermedio, para llevarla luego a un EBAIS de 3000 habitantes en el 2025 (CCSS, 2021).

Este reto de la CCSS permite comprender que, en muchos de los servicios de salud, existe una demanda superior a la capacidad de oferta meta que plantea la institución. Aunado a esto, se recalca que los cantones de Upala y Desamparados son zonas con gran afluencia de personas nicaragüenses y un porcentaje de esta población no se encuentra adscrita a la seguridad social. Sin embargo, según las experiencias de los participantes, estas personas logran acceder a los servicios de salud por medio de los servicios de urgencia, generando un incremento en la demanda de los servicios, lo cual contribuye a comprender la percepción de las personas profesionales respecto al faltante del recurso humano. Voorend (2016) establece que un porcentaje de personas nicaragüenses no tienen acceso a los servicios que no son de emergencia de los EBAIS u otros centros, y acceden, entonces, a los servicios de emergencia en los hospitales.

- **Información**

Los resultados referentes a la prevalencia de una ausencia de información refuerzan la teoría en la que se establece que una de las barreras para el acceso a los servicios de las personas migrantes es la falta de información sobre el funcionamiento y sus respectivos derechos y deberes. Fouratt y Voorend aluden que:

“Incluso, cuando las personas migrantes tienen derechos formales a la política social, otros factores formales e informales, como la falta de información, las barreras lingüísticas y la xenofobia, pueden limitar el acceso real a los servicios sociales” (2019, p.379).

En contraparte, la identificación de una menor cantidad de personas migrantes nicaragüenses que recibieron información al momento de acudir a los servicios de salud denota la necesidad de fortalecer la iniciativa de brindar más información a las personas migrantes. La presencia de este resultado evidencia la atinencia de estas acciones, pues la totalidad de las personas que recibieron información manifestaron su utilidad para comprender el funcionamiento del sistema de salud costarricense.

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) establece que:

En los países en los que se cuenta con acceso a la salud pública, independientemente de su estado legal, los inmigrantes no asisten a los centros de salud, debido a la falta de información sobre sus derechos o por temor a ser deportados, si son indocumentados (Piérola & Rodríguez, 2020, p.8)

El BID establece que:

“las mujeres, por lo general, tienen menor acceso a información y menos oportunidades de migrar legalmente; pocas conocen sus derechos y, por lo tanto, no los exigen.” (Granada et al., 2021, p.41).

Los resultados referentes a la información brindada por las personas profesionales de los servicios de salud refuerzan nuevamente la teoría sobre la necesidad de fortalecer la iniciativa de brindar más información a las personas migrantes desde los servicios de salud. La OPS establece que una de las líneas de acción en el ámbito de salud y migración es el desarrollar materiales con sensibilidad de género y cultural, para campañas de sensibilización que informen a los migrantes y comunidades de acogida sobre los derechos de los migrantes (incluso su derecho a la salud). Al mismo tiempo, que se disipen las percepciones negativas sobre estas poblaciones (OPS, 2019, p.14).

Otro aspecto identificado, producto de los resultados obtenidos en los servicios de salud, es la ausencia de una estandarización en la forma y responsabilidad asignada para brindar información. En Upala, recae en una función más administrativa de secretaría; y en Desamparados, el generar actividades de información en el tema de derechos y deberes de las personas usuarias se caracteriza como un deber del servicio de salud.

La situación identificada en los CMM refleja una carencia de coordinación intersectorial, debido a que, desde los servicios de salud, se percibe que la tarea de dar información a las personas migrantes recae sobre los organismos internacionales. Mientras tanto, en los CMM, no se brinda la información necesaria o se refieren a la CCSS. Este resultado coincide con lo planteado por la OPS, al establecer que una de las líneas requeridas en el ámbito de migración y salud es:

Fomentar la colaboración intersectorial, con la inclusión de los sectores de educación, bienestar social, entre otros. Lo anterior, con el fin de facilitar la planificación de las intervenciones de respuesta y la asignación de recursos, mediante una visión integral a corto, mediano y largo plazo (OPS, 2019, p.14).

Asimismo, la OPS, plantea la necesidad de promover la sinergia y eficiencia, mediante alianzas y la coordinación intersectorial, interpaís e interagencial y mecanismos de colaboración, incluidos aquellos con las agencias dentro del Sistema de Naciones Unidas: OPS, OIM, ACNUR y ONU Mujeres (OPS, 2019). Estas recomendaciones de la OPS sugieren que, en las Américas, se presenta la situación de una falta de coordinación intersectorial. Para efectos del presente estudio, se ve reflejada en la carencia de coordinación entre la CCSS y organismos internacionales como OIM.

2. Accesibilidad del servicio

La discusión de esta dimensión se estructura en las cinco subdimensiones establecidas: cercanía al centro, conectividad, tiempo de transporte, horarios de atención y requisitos para la atención.

- **Cercanía al centro**

Como se ha logrado apreciar, en ambos cantones del estudio, la mayor parte de las personas migrantes nicaragüenses participantes consideran que la distancia al centro de salud no representa una barrera para acceder a los servicios de salud. No obstante, se ha identificado, para el caso de Upala, la existencia de grandes distancias entre las residencias de las personas migrantes y el servicio de salud más cercano. El BID explica esta particularidad:

La falta de integración económica y social que pueden sufrir las personas migrantes en los países de acogida. Esto, a su vez, induce a que las personas migrantes vivan en comunidades aisladas, lo cual afecta la igualdad y la cohesión social. A largo plazo, la falta de cohesión social podría generar inestabilidad y conflictos sociales.” (Blyde et al., 2020. P.18)

A partir de esta necesidad de aislamiento, se logra comprender el deseo de algunas personas migrantes de contar con un centro de salud más cercano, sobre todo, en un cantón tan extenso, rural y fronterizo como Upala. Al contrario, en Desamparados es un cantón urbano con mayor disponibilidad de servicios de salud.

- **Conectividad**

A partir de los resultados, se percibe cómo la conectividad con los servicios de salud se encuentra permeada por dos aspectos fundamentales: el primero, referido al aislamiento al que son susceptibles las personas migrantes; y, el segundo, la ausencia de recursos para facilitar el traslado o conectividad a los servicios de salud.

El BID establece que:

La falta de documentación e irregularidad condiciona su calidad de vida, la búsqueda de atención médica y el acceso a trabajo formal, entre otras cosas. Por lo general, esta situación los limita a ejercer derechos ciudadanos o les genera barreras para acceder a **servicios públicos**, incluidos los sistemas de salud. (Elías et al., 2020, p.2).

Esta condicionante afecta directamente a la posibilidad de contar con un medio de transporte propio y/o a la posibilidad de sufragar los gastos de transporte público o privado. Estos incrementan dependiendo del aislamiento en el que se encuentren las personas migrantes. Esta situación se ejemplifica mejor en el cantón de Upala por su extensión geográfica. Para Desamparados, se identificó, por medio del trabajo de campo, que una de las limitantes presentes en la conectividad es que las residencias se encuentran en asentamientos informales.

El BID establece que

“Las personas migrantes, por su alta movilidad y la dificultad que enfrentan para encontrar vivienda adecuada y permanente, se encuentran en “situación de calle” o tienden a concentrarse en **asentamientos informales**” (Elías et al., 2020, p.2).

Esta característica puede ocasionar que no haya tanto acceso a servicios de transporte públicos y/o privados que conecten con estos asentamientos informales. Por tanto, las personas migrantes deben desplazarse fuera de los asentamientos informales para acceder a los servicios de transporte. A esto, se le suma la posibilidad latente de ausencia de recursos, producto de la falta de integración económica y social.

- **Tiempo de transporte**

Los resultados de tiempo de transporte se encuentran muy relacionados con la sección de conectividad. El tiempo de viaje dependerá del medio de transporte que utilicen para llegar al centro de salud, el cual está permeado por el grado de aislamiento que presente la persona migrante y al nivel de integración económica y social que posea.

- **Horarios de atención**

El conocimiento de los horarios de atención es un punto a favor de las personas migrantes, Sin embargo, la existencia de minorías que no los conocen refuerza uno de los planteamientos en la dimensión de disponibilidad, referente al acceso a información oportuna acerca de los servicios de salud. Se evidencia la necesidad de brindar más

información a las personas migrantes con respecto al funcionamiento de los servicios de salud. Por otra parte, el resultado obtenido en esta subdimensión del horario de atención evidencia una de las diferencias entre los cantones de estudio. En Upala, al ser un cantón donde predomina la ruralidad, existe una menor oferta en la disponibilidad de los servicios de salud, pues, en algunas zonas, solo se ofrece el servicio una o dos veces a la semana.

En contraparte, para el cantón de Desamparados, donde predomina el carácter urbano, la mayoría de las personas participantes considera que el horario es adecuado. Esto se podría explicar a partir de una mayor presencia de servicios de salud en la zona central del país, de los cuales, la mayoría ofrece el servicio de manera continua.

En esta sección, se reafirma el reto estructural de los servicios de salud de la CCSS. Algunas personas migrantes mencionan que, muchas veces, no logran obtener una cita, debido a la alta demanda del servicio. Esto se puede explicar a partir del desbalance en la capacidad de atención que poseen los EBAIS y al promedio de cantidad de personas adscritas a los EBAIS. Esta adversidad se encuentra presente tanto para nacionales como extranjeros.

- **Requisitos para la atención**

Los resultados de esta subdimensión denotan uno de los aspectos de mayor relevancia, que influye en el acceso real de las personas migrantes nicaragüenses a los servicios de salud costarricenses. El Instituto de Migración y Política (MPI) menciona que:

El sistema de seguro público y privado de Costa Rica está destinado a proporcionar cobertura universal, aunque no necesariamente a los migrantes. Los inmigrantes en situación regular pueden acceder al sistema de seguridad social, que proporciona seguro de salud a través del empleo formal, pero los migrantes en situación irregular (que no tienen autorización de trabajo) no pueden acceder al sistema y el seguro privado “voluntario” está disponible para cualquier persona, pero es costoso comprarlo para quienes viven con el salario mínimo, y muchos migrantes tienen aún menores ingresos (Selee & Bolter, 2020, p.45).

Asimismo, el MPI ratifica lo mencionado por las personas migrantes de ambos cantones al especificar que:

Aunque los migrantes en situación irregular no pueden afiliarse al sistema de seguridad social, aunque sí tienen acceso a atención prenatal y, como en todos los demás países de América Latina, también tienen acceso a la atención de emergencia. Además, destaca que existen amplias excepciones para niños de hasta 18 años. Los niños de cinco años o menos entran en una categoría de seguro en la que no importa su situación migratoria y, por lo tanto, pueden acceder a la atención médica; los niños de 6 a 18 años pueden acceder a la atención médica a través de la categoría de seguro estudiantil, que no requiere información sobre su situación migratoria (Selee & Bolter, 2020, p.45)

Para el caso de las personas que no poseen una situación de emergencia o la regularización de estatus migratorio, su participación en el servicio de salud costarricense queda sujeta a la capacidad de pago, algo característico de la región. El BID menciona que:

“En la mayoría de los países, el estado legal de los inmigrantes determina el tipo de acceso a los servicios de salud que tienen. Cuando los inmigrantes no tienen estatus legal o tienen un estatus temporal, bajo una visa de trabajo, generalmente, tienen menos derechos de acceso a la atención médica que un nativo.” (Piérola & Rodríguez, 2020, p.5).

Aunado a lo anterior, como lo mencionan algunas personas migrantes del estudio, en Costa Rica, se presenta la característica de una relación muy fuerte entre la política migratoria y la seguridad social, lo cual condiciona la posibilidad de acceder a los servicios de salud. Voorend & Sura-Fonseca (2019, p.127):

La interacción específica entre la política migratoria y la política social en Costa Rica provoca aún mayores obstáculos para la integración social de las personas inmigrantes. Siguiendo una serie de comunicaciones interinstitucionales entre la DGME y la CCSS, este último (a solicitud del primero) establece que “las personas extranjeras que solicitan el aseguramiento para efectos de renovar su residencia deben presentar la cédula de residencia vigente” (CCSS, 2012a, p. 1). Esto se configura como una situación sin salida para muchas personas inmigrantes irregulares, el seguro como requisito para la regularización, la regularización como requisito para el seguro.

Resalta la situación irregular, identificada en el cantón de Upala, en la que se realiza un cobro a las personas migrantes para poder acceder a los servicios de salud de un EBAIS de la zona. Esta situación, puede ser producto de la falta de claridad, lo cual provoca que los empleados de ventanilla y otros trabajadores del sector público, que laboran en el ámbito administrativo, utilicen mayores grados de libertad para determinar sus propios criterios, en relación con el proceso de regularización u obtención del seguro. Existen muchas anécdotas sobre ciertas formas explícitas y no tan explícitas de discriminación y exclusión, incluso de inmigrantes que cuentan con documentación legal. La atención del servicio público en la práctica depende mucho de quién está sentado en ventanilla (Fouratt & Voorend, 2019,)

Finalmente, para esta subdimensión, se identificó la presencia de maltrato hacia las personas migrantes cuando no contaban con los requisitos necesarios de atención. La literatura establece que las personas migrantes poseen una mayor exposición a sufrir eventos de discriminación en los servicios de salud. Por ejemplo, el BID menciona que:

“Los migrantes en los países de América Latina también pueden estar expuestos a comportamientos discriminatorios cuando buscan tratamiento médico.” (Piérola & Rodríguez, 2020, p.7).

3. Aceptabilidad del servicio

La discusión de esta dimensión se estructura en las tres subdimensiones establecidas: satisfacción en el servicio, adecuación cultural y privacidad.

- **Satisfacción en el servicio**

Los resultados para la subdimensión de satisfacción en el servicio denotan una alta satisfacción de las personas migrantes nicaragüenses con los servicios de salud que han recibido de la CCSS. Existe una percepción dominante de que los servicios de salud en Costa Rica son de mayor calidad, en comparación con los existentes en Nicaragua. Por lo tanto, esta sería una de las razones que justifica la alta respuesta de las personas migrantes al expresar alta satisfacción con los servicios recibidos en la CCSS. Fouratt y Voorend concuerdan en que:

“las personas inmigrantes en Costa Rica destacan la calidad de los servicios sociales del país, en contraste directo con lo que percibieron en Nicaragua: una falta de servicios de calidad.” (2019, p.392).

De igual manera, esta satisfacción se debe al esfuerzo que realiza Costa Rica, a través de la CCSS, por brindar servicios de salud de alta calidad, algo que se reconoció por parte de las personas migrantes, especialmente en el escenario ocasionado por la pandemia del COVID-19. Para lo cual, la OIM también reconoce, al mencionar que el gobierno costarricense realizó un esfuerzo por contemplar respuestas a la crisis sanitaria para la población migrante. Inicialmente, se garantizó el acceso a los servicios de salud, independientemente de la condición migratoria, así como una pronta adaptación de los protocolos y lineamientos de respuesta sanitarios dirigidos a la población migrante (OIM, 2021)

En cuanto a los aspectos negativos que mencionaron, las personas migrantes nicaragüenses, se identifica que versan en torno a la falta de información, a la cancelación de citas y/o la dificultad para obtenerlas, el trato inadecuado con presencia de xenofobia y la obligatoriedad de requisitos para poder acceder a los servicios de salud. La falta de información se debe a un aspecto que deben fortalecer los servicios de salud, como se observó en la subdimensión de información: la recurrencia a que las personas migrantes nicaragüenses no se les brinde información cuando acceden a los servicios de salud.

En cuanto a la inconformidad de la cancelación de citas y/o la dificultad para obtenerlas, es una situación estructural que afecta tanto a nacionales como extranjeros y se podría explicar producto del estancamiento de inversión en el sector público de la salud, Voreend & Sura-Fonseca mencionan:

El gasto social público en salud per cápita, que casi se duplicó entre los inicios y finales de los 70 (de US\$ 100 a 200, medido en US\$ de 2000), disminuyó a principios de los años ochenta a unos US\$ 120 y estancó allí hasta la entrada la década de 2000, lo que, en términos reales, implicó una reducción. Entre 2000 y 2013, el número de médicos por cada mil habitantes ha disminuido de 1.33 a 1.11 (CEPAL, 2016) y hubo un auge en los servicios de salud privados (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2013), aumentos en las listas de espera para citas

con el médico y una creciente insatisfacción con estos servicios. (Voorend & Sura-Fonseca, 2019, p.125)

La Organización de los Estados Americanos (OEA) establece que:

Costa Rica tiene acceso casi universal a la atención sanitaria y las pensiones. Lo anterior se tradujo en una mejora de los resultados tangibles, esto es, baja mortalidad infantil, mayor esperanza de vida y reducción de las tasas de pobreza. Sin embargo, aún se presentan dificultades como la demora en los tiempos de espera para ciertos tratamientos médicos. (OEA, 2020, p.108).

Asimismo, la OEA ratifica que:

(...) recibió información relacionada con que algunas personas migrantes y refugiadas han sido víctimas de actos de discriminación por parte de funcionarios de la salud y de la CCSS. Se han documentado casos de personas que, debido a su situación migratoria, decidieron no buscar asistencia cuando se presentaba alguna situación de salud que ameritaba atención. (OEA, 2020, p.79).

Esta situación es concordante con el elemento de insatisfacción mencionado por las personas migrantes nicaragüenses del presente estudio.

Por último, el aspecto de inconformidad, asociado a la obligatoriedad de requisitos, se infiere que se encuentra asociado principalmente al requisito del seguro social, el cual, a su vez, se encuentra estrechamente ligado al requisito de la condición del estatus migratorio regular. Lo anterior dificulta considerablemente el acceso al servicio de salud costarricense, como se describió en la subdimensión de requisitos para la atención.

- **Adecuación cultural,**

A partir de los resultados obtenidos en la subdimensión de adecuación cultural, se identifica una alta percepción de un buen trato hacia las personas migrantes nicaragüenses, cuando accedieron a los servicios de salud de la CCSS. Esto favorece a la salud de las personas migrantes nicaragüenses, a pesar de que una minoría todavía identifica situaciones adversas para las personas migrantes.

La primera de esas situaciones es la importancia del seguro social para poder acceder a los servicios de salud de la CCSS cuando no se posee alguna condición de atención obligatoria por el Estado. Este resultado ha sido reiterativo en las demás subdimensiones y se refleja en la subdimensión de adecuación cultural, como una percepción de trato inadecuado. Esto porque no se brindó a las personas migrantes nicaragüenses la atención cuando no poseían el requisito necesario del seguro social. De ahí, algunas personas nicaragüenses perciben que lo importante no es la nacionalidad, sino la tenencia del seguro social. También, algunas personas nicaragüenses consideran que la nacionalidad influye considerablemente al acceder a los servicios públicos de Costa Rica, incluyendo los servicios de salud.

Fouratt & Voorend (2019, p.289) mencionan que:

“Para algunas personas inmigrantes, cualquier interacción con la burocracia costarricense implica enfrentarse con la xenofobia y a la discriminación.”

La OEA concuerda, al indicar que:

Al preguntarles a las personas entrevistadas por cuáles motivos creen que les han discriminado y en dónde, la mayoría de las respuestas se vincularon a situaciones de discriminación por su nacionalidad y estatus migratorio, ya sea en el lugar de trabajo, en centros educativos, en centros de salud y en bancos (OEA, 2020, p.112).

El BID establece que la discriminación es un determinante importante de las disparidades de salud entre nativos y migrantes. Primero, puede inducir efectos fisiológicos y psicológicos, los cuales implican un impacto negativo en la salud; segundo, el trato diferenciado de los trabajadores de salud hacia los grupos de migrantes puede conducir a una peor calidad de atención (Piérola & Rodríguez, 2020).

Esta situación de discriminación en los servicios de salud da cabida al temor de las personas migrantes nicaragüenses a acudir a los servicios de salud por la posibilidad de ser rechazados y/o discriminados. El BID establece que,

“Incluso, aunque en muchos países el derecho a la salud es universal, algunos migrantes prefieren no acudir a hospitales por temor a ser

deportados o discriminados, o por barreras lingüísticas, culturales o económicas.” (Elías et al., 2020, p.2).

Finalmente, es importante tener en cuenta que estos elementos identificados se encuentran permeados por las diferencias culturales que pueden existir entre la población costarricense y los migrantes nicaragüenses, las cuales pueden afectar directa o indirectamente en el acceso a los servicios de salud.

- **Privacidad**

En esta subdimensión sobresale la estandarización en las respuestas sobre una buena privacidad en los servicios de salud de la CCSS. Esto refleja el compromiso de la CCSS en su política de privacidad de los datos y de atención con las personas usuarias.

4. Contacto con el servicio.

La discusión de esta dimensión se estructura en las dos subdimensiones establecidas: población meta y cobertura de los servicios.

- **Población meta**

A partir de lo mencionado por los profesionales en salud de la CCSS, se logra identificar cómo las personas migrantes no representan la población meta de los servicios de salud. Su acceso se encuentra condicionado por la tenencia del seguro social. Esto genera que los requisitos para las personas migrantes nicaragüenses y las personas costarricenses sean similares. De ahí, se interpreta que la población meta sean todas las personas que cuenten con un seguro social, o bien, con alguna condición de aseguramiento por el Estado.

Esta posición de igualdad de requisitos se identifica de manera muy clara en el discurso de las personas profesionales del cantón de Desamparados. De igual manera, para el cantón de Upala, se percibe cómo algunas de las personas profesionales consideran que las personas migrantes poseen prioridad de atención en los servicios de salud, siempre y cuando cuenten con la condición de refugio que otorga el derecho de acceso a los servicios de salud.

Para las personas migrantes que no cuentan con esta condición, el acceso se encuentra condicionado por la tenencia de un seguro social y de un estatus migratorio regular. Además, resalta la consideración de que las personas migrantes adultas mayores poseen mayores dificultades para acceder al servicio de salud, cuando no cuentan con la condición de refugio.

A pesar de que la población meta de los servicios de salud no son las personas migrantes nicaragüenses, se identifican acciones interinstitucionales específicamente dirigidas para las personas migrantes nicaragüenses. En Upala, resaltan las ferias de salud, las cuales, según las personas profesionales, tenían una gran afluencia de personas migrantes nicaragüenses e, incluso, se reportaban personas que viajaban desde Nicaragua para asistir.

Según Voreend este fenómeno se podría explicar por la fuerte política social costarricense entendida como:

El conjunto de intervenciones públicas, cuyo objetivo es evitar que las personas sufran una disminución de sus ingresos y oportunidades de vida. Mientras se promueven activamente condiciones de vida y trabajo decentes para todos, tiene un papel central en la incorporación (social y económica) de los inmigrantes (Voorend 2014, citado en Voorend 2016, p.213)

La cual las personas migrantes aprovechan ante la debilitada política social del país de Nicaragua. Aunado a lo anterior, el cantón de Upala se caracteriza por su cercana relación con el país de Nicaragua. La Fundación Arias para la Paz establece que, en Upala, existe un corredor de ingreso y salida, explicado por los vínculos familiares, los fuertes lazos comerciales, laborales, educativos y culturales que existen entre las comunidades fronterizas (Cuadra & Samcam, 2019). En Desamparados, se identifica cómo el CMM junto con la Municipalidad de Desamparados poseen una oferta aún mayor de acciones dirigidas hacia las personas migrantes nicaragüenses en diferentes ámbitos que impactan directa e indirectamente en la salud de las personas migrantes nicaragüenses.

Esta fortaleza es reconocida inclusive por la OEA, donde se menciona que, desde la Ventanilla Informativa para población migrante de la Municipalidad de Desamparados se

ha trabajado en conjunto con instituciones como el INA, el Parque La Libertad y Fundación Mujer para realizar capacitaciones y talleres en temas como emprendedurismo y tecnologías de la información, con el objetivo de permitir el desarrollo de habilidades que les facilite a las personas insertarse en el mercado laboral (OEA, 2020).

También, resalta el impacto que ha ocasionado la pandemia del COVID-19 La OEA menciona que:

La pandemia de COVID-19 ha tenido un fuerte impacto en las personas migrantes y refugiadas en Costa Rica, lo cual ha agravado las necesidades que se presentaban, debido a la pérdida de empleos, dificultades para pagar alquileres y generar medios de vida, lo cual les ha obligado a vivir en condiciones de hacinamientos sin condiciones de salubridad, entre otros (OEA, 2020, p.10).

A partir de los resultados, se debe agregar la cancelación o disminución de muchos esfuerzos interinstitucionales por desarrollar acciones dirigidas específicamente a las personas migrantes nicaragüenses. Estas cancelaciones se deben al confinamiento obligatorio, o bien, a la concentración de los recursos y esfuerzos estatales en la atención directa de la pandemia.

A pesar de que se mencionan esfuerzos virtuales, no todas las personas migrantes nicaragüenses cuentan con los recursos necesarios para acceder a estos mecanismos. Por ejemplo, el BID establece que:

Se debe garantizar que la información sobre las medidas de aislamiento y cuarentena, y sobre los servicios de salud y de prevención de violencia, llegue a los diversos grupos. Frente a la brecha digital existente, se debería promover el uso de medios de comunicación tradicionales como la radio, la prensa y la televisión para transmitir información clave (Granada et al., 2021, p.74).

- **Cobertura de los servicios**

A partir de los resultados, se puede observar cómo sobresale la percepción de una alta cobertura de personas migrantes nicaragüenses en el cantón de Upala. Esto se podría explicar a partir del esfuerzo del Estado costarricense. Voorend & Sura-Fonseca (2019)

indican que la institucionalidad costarricense, a través de una reforma de la Ley de Migración 2009 y cambios en la política institucional de la CCSS, a partir del 2012, ha hecho un esfuerzo explícito por vincular el reconocimiento de derechos sociales y el acceso a servicios públicos para migrantes a su estado migratorio regular. A pesar de este esfuerzo, el acceso de las personas migrantes nicaragüenses a los servicios de salud se encuentra, de todas maneras, condicionado por la tenencia de un seguro social, lo cual afecta la cobertura de las personas migrantes nicaragüenses en los servicios de salud.

La OEA relata que:

La CIDH recolectó 152 testimonios de personas migrantes, solicitantes de refugio y refugiados nicaragüenses, de los cuales, en 64 testimonios, las personas entrevistadas indicaron haber requerido atención médica; sin embargo, solo el 10 % de estas había podido acceder a servicios de salud pública. Mientras tanto, el 90 % no había podido hacerlo por el requisito del seguro médico (OEA, 2020, p.78).

Esta posición de la OEA es concordante con lo mencionado por los profesionales del cantón de Desamparados.

Dentro de los resultados obtenidos, se aprecia la percepción de que las personas migrantes nicaragüenses que ingresaron en el 2018, producto de la crisis sociopolítica, presentaban necesidades amplias en salud. Esta percepción es concordante con la Fundación Arias para la Paz, la cual menciona que los exiliados llegaron en condiciones precarias, con fuertes traumas por la violencia y represión gubernamental y sin contar con redes de apoyo (Cuadra & Samcam, 2019).

Asimismo, la posición de las personas profesionales de salud con respecto a la alta asistencia de las personas migrantes a los servicios de vacunación es resaltada por la OEA, al mencionar que el “Diagnóstico del contexto migratorio de Costa Rica de 2017” señaló que:

Los migrantes en situación irregular no tienen asistencia sanitaria, a menos que se encuentren en condiciones de grave vulnerabilidad [...] asimismo, están contempladas sin excepción las personas en las campañas de vacunación y la

atención en situaciones de desastres y pandemias, recientemente se ha logrado el acceso a antirretrovirales. (OEA, 2020, p.78).

Posteriormente, a partir de lo mencionado por las personas profesionales de ambos cantones, se logran identificar diversas necesidades de las personas migrantes nicaragüenses. Estas necesidades se pueden agrupar en tres grandes categorías: necesidades en salud, necesidades laborales y necesidad de documentación.

Estos resultados son concordantes con lo mencionado por la OEA, la cual establece que se identifican tres rubros de necesidades de las personas migrantes y refugiadas: (i) acceso a documentación, regularización y determinación de la condición de refugiado, (ii) asistencia humanitaria y (iii) integración socioeconómica a través del acceso a la salud, el trabajo, la educación y capacitación. Asimismo, resulta oportuno indicar que el Covid-19 ha tenido un impacto en las personas migrantes y refugiadas en Costa Rica que recrudece las necesidades que se presentaban antes de la pandemia (OEA, 2020, p.141).

En cuanto a las necesidades en salud, el BID menciona que muchas de las personas migrantes abandonan sus países de origen con problemas de salud preexistentes y falta de vacunación. Eso, junto con los peligros que enfrentan en el camino, contribuye a un perfil de salud deteriorado, tras su llegada a los países de destino. Además, su acceso a los servicios de salud es limitado, especialmente si son indocumentados (Piérola & Rodríguez, 2020).

Esta situación, explicada por el BID, permite comprender la percepción de las necesidades en salud, identificadas en el presente estudio. Además, el sistema de salud de Nicaragua no garantiza una buena atención y cobertura en salud antes de llevar a cabo el proceso de emigrar. El BID también menciona que los migrantes forzados o refugiados (aquellos que huyen del colapso de la economía y las instituciones de su país, los conflictos armados o la persecución) normalmente se encuentran en peor estado, en comparación con la población de acogida y en comparación con los migrantes no forzados, puesto que los migrantes forzados han pasado por más dificultades (Piérola & Rodríguez, 2020). Esta característica es de gran relevancia para comprender las necesidades en salud identificadas,

ya que la población de estudio es considerada como migrantes forzados producto de la crisis sociopolítica del 2018 en Nicaragua.

Se identifica la necesidad de integración social, a través de las oportunidades laborales. La OEA establece que el acceso al trabajo es una de las necesidades más urgentes de la población migrante y refugiada en Costa Rica. Las personas migrantes sostuvieron que resolver la situación laboral es prioritario, pues esto les brindaría más oportunidades de mejorar, a su vez, el acceso a la vivienda, la salud, la alimentación, la educación, entre otras necesidades (Piérola & Rodríguez, 2020).

La necesidad de la integración social se encuentra estrechamente relacionada con la tercera necesidad identificada: contar con documentación que le permita llevar a cabo la integración social en Costa Rica. La irregularidad en el estatus migratorio afecta el acceso a servicios de salud y a la obtención de oportunidades laborales, lo cual convierte esta necesidad en un punto crítico que influye en las condiciones de vida de las personas migrantes nicaragüenses y en sus posibilidades de mejorarlas.

Posteriormente, a partir de las percepciones de las personas profesionales, se identifica cómo, en ambos cantones, se considera que los servicios de salud más utilizados por las personas migrantes nicaragüenses son el servicio de emergencias y el de maternidades. Ambos poseen la particularidad que las personas migrantes no requieren de requisitos que les impida acceder a estos servicios de salud.

El servicio de emergencias es una forma mediante el cual las personas migrantes nicaragüenses pueden subsanar sus necesidades en salud, cuando alcanzan un grado de urgencia. Voreend (2016) menciona que muchas personas migrantes no tienen acceso a los servicios de no emergencia de los EBAIS u otros centros, por tanto, acceden a los servicios de emergencia en los hospitales. El problema radica en que algunos padecimientos, que podrían haberse curado en etapas tempranas, ahora se atienden en emergencias, muchas veces, con complicaciones mayores (Voorend, 2016).

Aunado a lo anterior, Voorend (2016, p.222) menciona que

Muchos de los diagnósticos en urgencias se vinculan directamente con las edades reproductivas en las que se encuentra la gran mayoría de la población inmigrante

nicaragüense en Costa Rica (Sandoval, 2008; Morales y Castro, 2006; Voorend y Robles Rivera, 2011). En la categoría de atenciones sin patología, por ejemplo, hay mayor incidencia de población inmigrante en exámenes y pruebas de embarazo (8,7 %), embarazos normales (12,2 %) y exámenes y atención post parto.

Según las personas profesionales, aquellas personas migrantes que tienen acceso a la atención primaria en salud que ofrece Costa Rica, la aprecian bastante, debido a la ausencia de esta en Nicaragua, lo cual puede tener su origen en la baja cobertura del sistema de salud nicaragüense.

En cuanto al resultado del servicio de maternidad como uno de los más utilizados por las personas migrantes nicaragüenses, concuerda con lo mencionado en un estudio de Voorend (2016). En él, los datos demuestran que el mayor peso de la población nicaragüense en servicios de salud está relacionado con el parto, el cual se explica por las características demográficas de la población nicaragüense en Costa Rica (Voorend, 2016, p.226).

El parto, en Costa Rica, brinda a las personas migrantes la posibilidad de tener un mayor bienestar en el futuro. Voreend (2016, p.223) menciona que:

Los servicios relacionados con los embarazos merecen especial atención, por destacar la centralidad que tiene el embarazo en las percepciones sobre la migración y su estrategia de bienestar. Existen anécdotas de mujeres que cruzan la frontera embarazadas y que, poco tiempo después de haber migrado, tienen su parto en Costa Rica. Legalmente, el principio de *ius soli* dicta que cualquier persona nacida en territorio costarricense tiene derecho a la ciudadanía. Es decir, menores nacidos de madres nicaragüenses son costarricenses, sin importar el estado migratorio de la madre. A través del niño, posteriormente, la madre puede acceder a un estado migratorio regular.

Por otro lado, la percepción de las personas profesionales sobre el hecho de que la asistencia de las personas migrantes a los servicios de salud es más alta que la de los costarricenses es contradictoria a un estudio realizado por Voreend. Este estudio demuestra que la incidencia de la población inmigrante en ningún momento sobrepasa el 7 % del total

de las hospitalizaciones, y se mantiene estable en el porcentaje de las consultas, con un 5 %, aproximadamente. En ambos casos, está por debajo del peso que tiene la población migrante en la población total en Costa Rica (Voorend, 2020). La consideración para el presente estudio está en que los profesionales entrevistados pertenecen a Upala y Desamparados, cantones que presentan una alta concentración de personas migrantes nicaragüenses, lo cual podría explicar la percepción de que los servicios de salud sean utilizados mayoritariamente por personas migrantes nicaragüenses.

Por otra parte, la percepción de las personas profesionales respecto a cuáles son los obstáculos que poseen las personas migrantes nicaragüenses, para acceder a los servicios de salud, coincide con los diferentes aspectos desarrollados en las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto con el servicio. Estas coincidencias se pueden resumir en los siguientes elementos: **falta de integración social y económica, xenofobia, desconocimiento de derechos, estatus migratorio como condicionante, trámites complejos, costumbres diferenciadas y ausencia de capacitación en el personal de salud.**

Finalmente, se identifica cómo la percepción de las personas profesionales con respecto a cuáles serían los principales facilitadores para brindar servicios de salud a las personas migrantes nicaragüenses son, en gran medida, la contraparte necesaria para solventar algunas de las barreras identificadas a lo largo de la sección. Por ende, para efectos del presente estudio, estos resultados serán considerados como consulta a expertos, dada la experiencia que poseen las personas profesionales entrevistadas, en el día a día, con la población migrante nicaragüense, en los cantones de estudio. Por lo tanto, serán retomados en la redacción de las recomendaciones del presente estudio.

5. Discusión de barreras emergentes

El tratamiento diferencial de un médico hacia un grupo minoritario como los migrantes:

Puede tener múltiples fuentes (Balsa y McGuire, 2003): prejuicio de los médicos que se manifiesta como una menor disposición a tratar e interactuar con pacientes de grupos minoritarios (discriminación basada en el gusto), interpretación diferencial de los médicos de síntomas de pacientes de grupos minoritarios (incertidumbre

clínica), o creencias distintas por parte de los médicos sobre el estado de salud y el comportamiento relacionado con la salud de ciertos grupos raciales o étnicos (discriminación estadística). (Piérola & Rodríguez, 2020, p.7).

Esta conceptualización de discriminación estadística podría explicar la percepción identificada en la persona profesional del servicio de salud.

Otra posible explicación es la percepción de una amenaza a la seguridad social costarricense, producto de los beneficios de las personas migrantes nicaragüenses. En un estudio Voreend encontró que:

En las entrevistas con funcionarios de la CCSS y la DGME, se destacó una percepción recurrente de que la política social costarricense, en especial los servicios de salud ofrecidos por la CCSS constituyen un factor que podría explicar la migración desde Nicaragua: su incidencia en servicios de salud es alta y que representa una amenaza financiera para la institución. (2016, p.228).

En cuanto a la creencia de que en Costa Rica no hay un sistema de seguridad social, el MPI establece que, en países como Colombia, Perú y Costa Rica, no se tienen sistemas de salud universales, pero tienen opciones de seguro público, con un acceso limitado para los migrantes (Selee & Bolter, 2020) lo cual permite entender la percepción de la persona migrante. No obstante, existe un universalismo real en ciertas condiciones. Voreend menciona que:

Ciertos grupos poblacionales cuentan con una protección mayor del Estado, por ejemplo, mujeres embarazadas, menores de edad y adultos mayores, entre otros. Estos grupos, en caso de no encontrarse asegurados, tienen una cobertura del Estado sin costo alguno. Para estos grupos existe un universalismo real, en el sentido de que, en teoría, no se les puede negar nunca el acceso a servicios de salud (López 2012; Voorend 2013;2014 citado en Voorend, 2016, p.226).

Por otro lado, la situación de los altos tiempos de espera para las citas médicas tiene su origen en la disminución de inversión de los años 80, la cual ha provocado un incremento en las listas de espera e insatisfacción de los usuarios. Se le debe agregar la

demora existente para poder resolver la situación migratoria. La OEA (2020) menciona, que el promedio de demora en resolver una solicitud en primera instancia es de dos años.

Tomando en consideración que la cantidad de solicitudes de refugio pendientes y que Costa Rica ha resuelto un promedio de 6000 solicitudes al año, se puede afirmar que, con los recursos y capacidades actuales, Costa Rica podría dar respuesta a las solicitudes pendientes en aproximadamente 13 años (OEA, 2020). Esto exacerba la situación precaria de las personas migrantes nicaragüenses en Costa Rica y condiciona el acceso a los servicios de salud.

En cuanto a la automedicación y la medicina natural como alternativa a los servicios de salud, el BID menciona que, dada la falta de cobertura en los servicios de salud, los migrantes tienen que depender de fuentes alternativas de ayuda médica; las farmacias son una de ellas.

Asimismo, Fouratt y Voreend (2019) destacan que, frente a las dificultades de acceso a los servicios sociales públicos, muchas personas inmigrantes buscan otras opciones, en especial, cuando se trata del servicio de salud. Dichas opciones varían entre las personas entrevistadas, pero casi siempre coinciden en sufragar servicios de salud privados. La alternativa más recurrente es pagar por servicios médicos en el sector privado, tanto por citas médicas como por medicinas. Algunas opciones comunes incluyen prácticas clandestinas de importación de medicamentos desde Nicaragua (Fouratt & Voorend, 2019, p.391).

A partir de este apartado de resultados y discusión correspondiente al segundo objetivo del estudio de investigación, se ha logrado evidenciar la existencia de barreras que condicionan el acceso a los servicios de salud de la CCSS, por parte de las personas migrantes nicaragüenses de los cantones de Upala y Desamparados. Estas barreras se encuentran distribuidas en las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad del servicio y contacto con el servicio, según el modelo de Cobertura Efectiva de Tanahashi.

Capítulo VI

XI. Integración de resultados y recomendaciones para fortalecer el acceso a servicios de salud

A. Integración de los resultados de la caracterización de las personas migrantes nicaragüenses de Upala y Desamparados a las barreras y elementos facilitadores.

En el presente capítulo, se realiza una integración de los DSS, identificados en la población migrante nicaragüense de Upala y Desamparados, con los elementos barrera, identificados en esta población para acceder a los servicios de salud de la CCSS. Esto con el fin de establecer recomendaciones, desde Promoción de la Salud, para mejorar las condiciones de acceso y atención en salud de esta población. Para el desarrollo de este capítulo, se realizó un proceso de sistematización de los elementos barrera y facilitadores, ya que se identificaron varios elementos con mucha similitud, pero en diferentes categorías.

A continuación, se presenta y justifica la integración realizada de resultados de la caracterización de la población migrante nicaragüense de los cantones de Upala y Desamparados a las barreras de acceso a servicios de salud, identificadas según las dimensiones del modelo de Cobertura Efectiva de Tanahashi.

1. Cantón de Upala

En el presente apartado, se desarrolla la integración de resultados de la caracterización de la población migrante nicaragüense del cantón de Upala a las barreras de acceso, identificadas en las dimensiones del modelo de Cobertura Efectiva de Tanahashi.

Dimensión de disponibilidad de los servicios de salud

Cuadro 1. Resumen de integración de resultados de la caracterización de la población migrante nicaragüense a las barreras de la dimensión de disponibilidad de los servicios de salud, cantón de Upala.

| <i>Disponibilidad de los servicios de salud</i> | Barreras | Elementos y Determinantes Sociales de la salud |
|---|---|--|
| Recurso Humano | <ul style="list-style-type: none"> Recurso humano insuficiente para brindar atención a usuarios de los servicios de salud. | <ul style="list-style-type: none"> Determinante del servicio de salud. |
| Información | <ul style="list-style-type: none"> Material informativo inexistente, ambiguo, ineficiente, desactualizado, poco accesible y atractivo para la población usuaria de los servicios de salud. | <ul style="list-style-type: none"> Determinante educativo (personas con bajos niveles de escolaridad y que no saben leer ni escribir). Brecha tecnológica. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Bajo conocimiento en los usuarios sobre sus derechos, leyes y funcionamiento general del sistema de salud costarricense. | <ul style="list-style-type: none"> Determinante educativo. Determinante del servicio de salud. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Percepción de diseño y elaboración de material informativo y/o educativo como responsabilidad de otras instituciones y organizaciones. | <ul style="list-style-type: none"> Determinante de servicios de salud (atribuir responsabilidades que son de los servicios a terceros). |

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de la caracterización y elementos barrera y facilitadores identificados en la población migrante nicaragüense de Upala.

Para el cantón de Upala, en la dimensión de disponibilidad de los servicios de salud se analizan las categorías del recurso humano e información, a continuación, se detalla la integración realizada para ambas categorías.

Recurso humano

En esta categoría, se logró identificar la barrera del recurso humano disponible insuficiente para brindar atención a los usuarios de los servicios de salud. Esta barrera se encuentra relacionada al **DSS de servicios de salud**. La CCSS posee un conjunto de criterios técnicos, de los cuáles se estima que debería de existir un EBAIS cada 4000 habitantes. Upala, debido a su localización geográfica, es un cantón que posee una alta movilidad de personas, entre estas, las personas migrantes que en muchos casos llegan a este cantón y posteriormente migran al Gran Área Metropolitana. Esta alta movilidad en las personas dificulta las proyecciones sociodemográficas con las cuales se toma en cuenta la asignación de recurso humano.

Información

En la categoría de información se lograron identificar tres elementos barrera. El primer elemento está relacionado al material informativo que se les brinda a los usuarios, el cual fue calificado por las personas migrantes usuarias de los servicios de salud que participaron en el presente estudio como “**inexistente, ambiguo, ineficiente, desactualizado, poco accesible y atractivo**” para los usuarios de los servicios de salud. Este elemento barrera se encuentra relacionado al **DSS de educación**. Los medios informativos utilizados, en muchos casos, son panfletos o brochures, además de charlas cortas. Muchas veces, en el diseño de estos materiales y metodologías, no se toman en cuenta características de la población **relacionadas al DSS educativo**, porque se lograron identificar personas que no sabían leer ni escribir, personas con discapacidad auditiva y visual. Además, esta situación da paso a una brecha digital con toda aquella información que se pueda generar digitalmente, esto por la falta de medios tecnológicos y la falta de conocimiento para su uso. Por esto, muchas veces los panfletos o brochures informativos no son los más aptos para difundir información entre los usuarios de los servicios de salud. En el caso de las charlas, son impartidas por funcionarios que no poseen conocimientos ni habilidades para brindar atención a una persona con discapacidad auditiva.

El siguiente elemento barrera es el bajo conocimiento que existe en los usuarios acerca de sus derechos, leyes y funcionamiento general del sistema de salud costarricense. Esta barrera también se encuentra relacionada al **DSS educativo** y al **DSS de sistemas de salud**. En cuanto al **DSS de sistemas de salud**, se identifica un componente cultural, pues el personal de salud percibe que las personas migrantes utilizan los servicios de salud, en muchos casos, sin poseer un seguro médico. Esto ha desencadenado un conjunto de estigmas y creencias que resultan en que se le niegue la atención a los y las usuarias migrantes, aún cuando la persona tiene derecho a recibirla.

Asimismo, en el **DSS de sistemas de salud**, se evidenció que los establecimientos de la CCSS en el cantón de Upala no cuentan con herramientas para informar a esta población en temas de relevancia como los derechos de los usuarios y aspectos del funcionamiento general del sistema de salud. Por último, se logró identificar que existe la percepción en los funcionarios de que la responsabilidad de las actividades educativas e informativas son responsabilidad de otras organizaciones como el caso de la OIM y no una responsabilidad en sí del servicio de salud.

En este caso del **DSS de servicios de salud**, los profesionales de los servicios de salud de Upala participantes de la investigación expresan que sus funciones eran únicamente dar atención profesional a los usuarios y que los temas educativos deben ser abordados por organizaciones externas. Esto está relacionado con la cultura organizacional de la institución, pues las personas profesionales expresan que, en ciertos casos, preferían no dar cierta información. Entre más conocimiento tiene la persona sobre sus derechos, mayor demanda generará. Esto genera que la población migrante sea percibida como una población exigente, puesto que, aunque no tengan documentos o seguro médico, tienen conocimiento de las situaciones, por lo cual no se les puede negar la atención en los centros de salud.

Dimensión accesibilidad de los servicios de salud

Cuadro 2. Resumen de integración de resultados de la caracterización de la población migrante nicaragüense a las barreras de la dimensión de accesibilidad de los servicios de salud, cantón de Upala.

| <i>Accesibilidad de los servicios de salud</i> | Barreras | Elementos y Determinantes Sociales de la salud |
|--|--|--|
| Conectividad | <ul style="list-style-type: none"> Oferta limitada de horarios y rutas de transporte público para acceder a los establecimientos de salud. | <ul style="list-style-type: none"> Determinante de la condición de la vivienda. Determinante localización. Determinante de ingreso económico. Determinante de ocupación. Determinante educativo. Determinante del servicio de salud. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Escasos recursos financieros y altos periodos de tiempos de transporte para acceder a los establecimientos de salud. | <ul style="list-style-type: none"> Determinante económico. Lugar de residencia. Determinante de ocupación. |
| Requisitos para la atención | <ul style="list-style-type: none"> Usuarios no asegurados o con documentos de identidad no vigentes. | <ul style="list-style-type: none"> Determinante del estatus migratorio. Determinante del ingreso económico. Determinante de ocupación. |

| | | |
|----------------------|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Cobro ilegal de cuotas por atención en los establecimientos de salud. | <ul style="list-style-type: none"> • Determinante económico. • Determinante servicio de salud. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Discriminación y negación de los servicios de salud por temas de nacionalidad. | <ul style="list-style-type: none"> • Determinante del servicio de salud. • Determinante educativo. • Determinante del estatus migratorio. |
| Horarios de atención | <ul style="list-style-type: none"> • Oferta limitada y desconocimiento de horarios de atención de los establecimientos de salud. | <ul style="list-style-type: none"> • Determinante servicios de salud (horarios, e información de los servicios). • Determinante de ocupación. |

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de la caracterización y elementos barrera y facilitadores identificados en la población migrante nicaragüense de Upala.

Para el cantón de Upala, en la dimensión de accesibilidad de los servicios de salud, se analizan las categorías de conectividad, requisitos para la atención y horarios de atención, a continuación, se detalla la integración para cada categoría.

Conectividad

En la categoría de conectividad, las barreras de las personas migrantes nicaragüenses para acceder a los servicios de salud se centran en la lejanía con la que se encuentran de los servicios de salud. Esta barrera se agrava con la limitante de una oferta escasa de transporte público; en algunas zonas del cantón, solamente hay dos buses durante el día. Se asocia, con esto, una barrera de escasos recursos financieros que poseen las personas migrantes nicaragüenses, la cual incide en que no tengan los recursos necesarios para facilitar el transporte al servicio de salud, dando paso a altos períodos de tiempo de transporte.

Estas barreras se encuentran asociadas a una serie de determinantes, los cuales confluyen hacia el **DSS del ingreso económico**. En el cantón de Upala, se identificó que un 69,4% de los participantes poseían, como grado máximo de escolaridad, la primaria incompleta, lo cual influye en la ocupación de la persona migrante. Los datos anteriores se reflejan en que el 33,3% de las personas encuestadas se dedican, principalmente, a tareas agrícolas y de ganadería, como peones u operadores de explotación de estos recursos. También, en el 13,9% de los encuestados que mencionaron no poseer un empleo, estas condiciones desencadenan en un ingreso económico insuficiente para cubrir ciertas necesidades, como los recursos necesarios para acceder a servicios de transportes propios, públicos o privados.

Asimismo, el **DSS de ingreso** influye en la localización de las viviendas en las que residen las personas migrantes. Deben recurrir a zonas más alejadas, donde los alquileres son más accesibles, o bien, recurrir a opciones de vivienda donde las condiciones de infraestructura no son las más adecuadas. Esta situación de residencias alejadas de las zonas centrales del cantón evidencia el determinante del servicio de salud, en el sentido de la existencia de grandes áreas geográficas por cubrir, de parte de los servicios de salud.

Requisitos para la atención

En la categoría de requisitos para la atención, las barreras de las personas migrantes nicaragüenses para acceder a los servicios de salud se centran en la ausencia de la condición de aseguramiento, la cual se encuentra estrechamente asociada a la condición del estatus migratorio. Se identifica que una de las principales barreras para el acceso es esta relación, condicionada entre la tenencia de la seguridad social y la vigencia de los documentos de identidad; la ausencia de una limita la posibilidad de la otra. A partir de esta situación, surge la barrera de la discriminación y negación del servicio por la nacionalidad de la persona. Para el cantón de Upala, surge la barrera de un cobro irregular que deben cubrir las personas migrantes, para poder hacer uso de los servicios de salud.

Estas barreras identificadas se encuentran influenciadas, en mayor medida, por el **DSS de servicios de salud**, ya que su estructura condiciona a las personas migrantes a contar con la documentación necesaria para acceder al servicio de salud. Principalmente, a

aquellas personas que no aplican para ciertos escenarios donde existe una universalidad de la cobertura.

Esta barrera se nutre con el **DSS de ingreso** económico, el cual se relaciona directamente de los **DSS de la educación y el DSS de ocupación**. Un 33,3% de los y las participantes de Upala afirmaron poseer un ingreso mensual menor a los 100,000 colones o poseer ingresos nulos, lo cual condiciona aún más la posibilidad de poder cubrir el pago para acceder a un servicio de salud público o privado. Esta serie de condicionantes desencadena en una barrera de discriminación, determinada por la cultura y la educación de las personas migrantes y de los funcionarios de los servicios de salud.

Horarios de atención

Las personas migrantes nicaragüenses, para acceder a los servicios de salud, se centran en el desconocimiento de los horarios del servicio de salud y en la oferta limitada. Se identifica que, al ser una zona más de carácter rural, existen servicios de salud que no atienden de manera continua. Esto puede generar incertidumbre y, por tanto, las personas no logran acceder a los servicios de salud cuando lo requieren; o bien, el horario de trabajo les dificulta la asistencia en los horarios establecidos.

Estas barreras identificadas se encuentran influenciadas por el **DSS de servicios de salud**, específicamente, en la oferta disponible de servicios de salud para zonas rurales en el cantón de Upala y en la ausencia de información a personas migrantes nicaragüenses. Por otra parte, las personas migrantes poseen ocupaciones con horarios de trabajo muy demandantes (actividades agrícolas y ganaderas), y que, en algunos casos, estas personas residen dentro de sus lugares de trabajo, lo que les imposibilita acudir a los servicios de salud en los horarios establecidos.

Dimensión de aceptabilidad del servicio de salud

Cuadro 3. Resumen de integración de resultados de la caracterización de la población migrante nicaragüense a las barreras de la dimensión de aceptabilidad de los servicios de salud, cantón de Upala.

| <i>Aceptabilidad del servicio de salud</i> | Barreras | Elementos y Determinantes Sociales de la salud |
|--|--|---|
| Satisfacción del servicio | <ul style="list-style-type: none"> Percepción de insatisfacción en la atención de usuarios de los servicios de salud. | <ul style="list-style-type: none"> Documentos de identidad y falta de seguro social Xenofobia. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Cancelación de citas, listas de espera y largos periodos de tiempo para recibir atención en los servicios de salud. | <ul style="list-style-type: none"> Determinante de servicios de salud. Determinante educativo. |
| Adecuación cultural | <ul style="list-style-type: none"> Malos tratos, discriminación y percepción de trato diferenciado por parte del personal de salud hacia las personas migrantes nicaragüenses que asisten a los servicios de salud. | <ul style="list-style-type: none"> Determinante de servicios de salud. Determinante educativo. Estatus migratorio. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Diferencias culturales que limitan el uso de los servicios de salud. | <ul style="list-style-type: none"> Determinante de servicios de salud. Estatus migratorio. |

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de la caracterización y elementos barrera y facilitadores identificados en la población migrante nicaragüense de Upala.

Para el cantón de Upala, en la dimensión de aceptabilidad del servicio de salud, se analizan las categorías de satisfacción del servicio y adecuación cultural. A continuación, se detalla la integración para cada categoría.

Satisfacción del servicio

En cuanto a la satisfacción del servicio, se identificaron dos barreras principales: la primera, relacionada con la insatisfacción de los usuarios, pues, en algunos casos, sienten que los servicios de salud no les dieron el cuidado o trato adecuado. Esta barrera se relaciona al **DSS de sistemas de salud**. Las personas migrantes expresan que, en ocasiones, el servicio les era negado o recibían una respuesta ineficiente por parte de los funcionarios. En muchos casos, el servicio fue negado por falta de documentos de identidad o por falta de seguro médico.

Más allá de que estos dos elementos sean los esenciales para recibir el servicio de salud, existe una brecha de personas que no tiene forma de acceder y son las personas apatriadas. Las personas migrantes apatriadas, en el caso de Upala, son personas que nacieron en zonas muy cercanas a la frontera y no fueron inscritas en ninguno de los dos países. Estas personas no poseen ningún tipo de documento de identidad o registro, lo que les imposibilita conseguir un trabajo, acceder a educación y/o a un seguro médico. Además de esto, existe un grupo de personas que, aunque son considerados como “usuarios con prioridad”, por un tema de documentación, no pueden acceder a los servicios de salud. Este es el caso de las personas adultas mayores con situación migratoria irregular.

Otro de los aspectos relacionados con la insatisfacción en la atención es la percepción de trato diferenciado y experiencias de otras personas en los servicios de salud. Esto deja, como resultado, un miedo o sentimiento de resignación en las personas migrantes, quienes solo pueden tener acceso en caso de una emergencia médica. Otra de las barreras identificadas son las de cancelación de citas, listas de espera y periodos largos de tiempo para recibir atención en los servicios de salud. Esta barrera está relacionada a la anterior, ya que muchos de los argumentos acerca de la insatisfacción en los servicios de salud se deben a este conjunto de situaciones. Esta barrera en específico se presenta tanto para personas nacionales como extranjeras.

Es posible relacionar los **DSS de servicios de salud** y **DSS de educación** con esta barrera. Existe un problema cultural con respecto al uso de los servicios de la CCSS. En muchos casos, el uso de los servicios de salud preventivos y de promoción de la salud son muy bajos, por lo que la mayoría de los usuarios acude a los centros en momentos de crisis o emergencia. Por otro lado, una persona participante de la investigación (PMDSD27) ejemplificaba como los largos periodos de tiempo generan insatisfacción. Esta persona acudió a un centro médico por un fuerte dolor abdominal; tenía seguro por ACNUR, un seguro que se les otorga a las personas en condición de refugio, el cual tiene una duración de un año.

Esta persona fue atendida, le ayudaron a controlar su crisis de dolor y la refirieron para que le realizaran un ultrasonido. La cita, para dicho procedimiento, se le programó con una fecha quince meses después. Para el momento en el que llegara la cita, esta persona no estaba segura de si iba a tener seguro médico o no, no tenía las posibilidades económicas de contratar uno y el que tenía vigente, en ese momento, tenía una duración de solo doce meses. La persona comentaba que le generaba insatisfacción saber que necesitaba ese examen médico y que, por los largos periodos de tiempo y listas de espera, no iba a poder acceder.

Adecuación cultural

En la categoría de adecuación cultural, se identificaron dos barreras. La primera, los malos tratos, discriminación y percepción de trato diferenciado hacia las personas migrantes que asisten a los servicios de salud. Esta barrera es posible relacionarla con el **DSS de estatus migratorio** y **DSS de servicios de salud**.

Se identifica un componente cultural en el **DSS de servicios de salud**. Las personas migrantes no se sienten merecedoras o con el derecho de acceder a los servicios de salud por lo que comentaban que, muchas veces, preferían no asistir a los servicios. Esto, porque no querían tener una discusión o pasar una mala experiencia, por lo que acuden a otros medios para subsanar sus necesidades en salud, como la automedicación o medicina alternativa.

Asimismo, existen muchos imaginarios sociales negativos acerca de la población migrante nicaragüense en Costa Rica; las personas funcionarias de los servicios de salud no están exentos de creer en estos. Estos imaginarios relacionan a las personas migrantes con la marginalidad, ilegalidad y aprovechamiento de recursos como el empleo, salud y educación. Además, es importante reconocer que la discriminación es de carácter multicausal y, en el caso de las personas migrantes nicaragüenses, dada su caracterización, podrían enfrentar discriminación relacionada a la aporofobia.

En el **DSS estatus migratorio**, las personas migrantes comentaban cómo podían percibir diferentes tratos, según el tipo de seguro que tuviesen. En este caso, las personas comentaban tres principales modalidades de aseguramiento: aseguramiento por el estado, aseguramiento por estatus de refugiado y aseguramiento por trabajador asalariado.

Por otro lado, las personas migrantes nicaragüenses no solamente habían experimentado malos tratos por parte del personal de salud, sino que también han escuchado experiencias de otras personas migrantes. Estas situaciones están caracterizadas, en su mayoría, por la negación del servicio, malos tratos y discriminación.

Dimensión de contacto con el servicio de salud

Cuadro 4. Resumen de integración de resultados de la caracterización de la población migrante nicaragüense a las barreras de la dimensión de contacto con los servicios de salud, cantón de Upala.

| <i>Contacto con el servicio de salud</i> | Barreras | Elementos y Determinantes Sociales de la salud |
|--|--|--|
| Población meta | <ul style="list-style-type: none"> • Cancelación de actividades educativas y ferias de salud por emergencia nacional del virus SARS-COVID-19. | <ul style="list-style-type: none"> • Determinante de servicios de salud. • Determinante educativo. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Escasos recursos tecnológicos para | <ul style="list-style-type: none"> • Determinante educativo. • Determinante de |

| | | |
|----------------------------|--|--|
| | <p>abordar necesidades en salud de las personas usuarias de los servicios de salud.</p> | <p>ocupación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinante de ingreso. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Privación del acceso a la atención a personas adultas mayores con estatus migratorio irregular en los servicios de salud. | <ul style="list-style-type: none"> • Estatus migratorio. • Determinante económico. • Determinante de ocupación. |
| Cobertura de los servicios | <ul style="list-style-type: none"> • Escaso personal capacitado en los establecimientos de salud para la atención de personas con discapacidad para ver, oír y hablar. • Escaso personal capacitado para la atención de personas migrantes que no saben leer y/o escribir. | <ul style="list-style-type: none"> • Determinante ingreso económico. • Determinante de ocupación. • Estatus migratorio. • Determinante género. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Escaso personal capacitado para la atención de personas migrantes que no saben leer y/o escribir. | <ul style="list-style-type: none"> • Determinante de servicios de salud. • Determinante educativo. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Falta de oportunidades laborales que permitan el | <ul style="list-style-type: none"> • Determinante ingreso económico. |
| | | |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>acceso al aseguramiento de las personas migrantes.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Estatus migratorio. • Determinante ocupación. • Determinante educativo. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Bajo conocimiento y uso de herramientas tecnológicas por parte de las personas migrantes nicaragüenses (brecha tecnológica). | <ul style="list-style-type: none"> • Determinante educativo. • Determinante servicio de salud. • Determinante ocupación. • Determinante ingreso económico. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Población migrante nicaragüense como una población con alta movilidad residencial. | <ul style="list-style-type: none"> • Determinante de ocupación. • Determinante ingreso económico. • Estatus migratorio. • Lugar de residencia. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Población migrante nicaragüense como población que realiza constantes cambios en los medios para contactarlos como números de teléfono y correo electrónico. | <ul style="list-style-type: none"> • Estatus migratorio. • Determinante de ingreso económico. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Población migrante nicaragüense que reside en zonas alejadas del cantón de Upala. | <ul style="list-style-type: none"> • Determinante ingreso económico. • Determinante de ocupación. • Determinante servicios de salud. |

| | | |
|--|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Procesos burocráticos y de alta complejidad para el aseguramiento de personas migrantes. | <ul style="list-style-type: none"> • Documentos de identidad. • Determinante educativo. |
|--|--|---|

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de la caracterización y elementos barrera y facilitadores identificados en la población migrante nicaragüense de Upala.

En cuanto a la dimensión de contacto con el servicio de salud en el cantón de Upala, se presentan una serie de barreras para el acceso a los servicios de salud asociadas a las subdimensiones de población meta y contacto con el servicio. Estas barreras surgen a partir de las entrevistas semi estructuradas a las personas profesionales del CMM y de los servicios de salud del cantón de Upala. Por lo tanto, algunas de las barreras identificadas en esta dimensión son una confirmación de las barreras identificadas e integradas en las dimensiones de disponibilidad de los servicios de salud, accesibilidad de los servicios de salud y aceptabilidad de los servicios de salud. Estas son dimensiones que poseen barreras identificadas principalmente desde la percepción de las personas migrantes nicaragüenses que participaron en el estudio. A continuación, se hace una mención de las barreras confirmadas y se establecen integraciones para aquellas barreras que no surgieron en dimensiones anteriores del cantón de Upala.

Población meta

En la categoría de población meta, se identifica la confirmación de dos barreras que surgieron en dimensiones anteriores. La primera de ellas es la existencia de requisitos para la atención, como el estatus migratorio y la condición de aseguramiento, los cuales dificultan considerablemente el acceso a los servicios de salud por parte de las personas migrantes nicaragüenses. La segunda barrera confirmada es la ausencia de recursos económicos y tecnológicos, por parte de las personas migrantes nicaragüenses, para acceder a la información que a su vez afecta al acceso a los servicios de salud

Posteriormente, se identifica una barrera que no surgió en dimensiones anteriores, la cual se centra en la cancelación de actividades presenciales (ferias de salud) desde el CMM

y los servicios de salud a personas migrantes nicaragüenses, producto de la crisis ocasionada por la pandemia del COVID-19. Esta barrera se encuentra influenciada por una crisis sanitaria a nivel global que evidencia las desigualdades en salud en los **determinantes estructurales** como los **determinantes intermedios**; sin embargo, se reconoce una mayor influencia de los **DSS de servicios de salud y la política pública** desarrollada durante la crisis sanitaria.

Por medio de la política pública, se desarrollaron mecanismos para la suspensión de muchas actividades de las instituciones públicas, para centrarse en la atención de la crisis sanitaria, además de la cancelación de la mayoría de las actividades presenciales.

Posteriormente, el determinante del servicio de salud se evidenció en la redirección de recursos para la atención de la pandemia y, como resultado, se generó la suspensión de algunos servicios no esenciales para concentrar esfuerzos en la atención de la pandemia.

Estas condiciones, generadas por estos dos determinantes, se nutren de otros **DSS como la educación, la ocupación e ingreso** de las personas migrantes y dificultan más el acceso a los servicios de salud en un contexto de crisis sanitaria.

Cobertura de los servicios

En la categoría de cobertura de los servicios, se identifica la confirmación de barreras que surgieron en dimensiones anteriores. La primera de ellas es la falta de oportunidades laborales en el cantón de Upala para las personas migrantes nicaragüenses, lo cual afecta directamente a la integración social de las personas migrantes y de sus oportunidades, para cubrir los costos para acceder a los servicios de salud.

La siguiente barrera confirmada es la existencia de una brecha tecnológica, la cual afecta en la comprensión y recepción de información importante, como la relacionada a requisitos y trámites para acceder a servicios de salud. Además, se reconoce la existencia de trámites complejos para acceder a los servicios de salud, específicamente en la situación en la que el aseguramiento social es un requisito para acceder a una condición migratoria regular. A su vez, la condición migratoria regular es un requisito para acceder a un aseguramiento social, situación que genera un trámite complejo, el cual incide en el acceso real a los servicios de salud.

Finalmente, se da la confirmación de la existencia de una barrera geográfica: se reconoce que en el cantón de Upala existen zonas muy alejadas de los servicios de salud.

Dentro de las barreras que no han surgido en las dimensiones anteriores, se identifica el escaso personal en salud, capacitado para atender ciertas situaciones que poseen las personas migrantes nicaragüenses como: escaso nivel educativo, condiciones de discapacidad y actitudes culturales. Esta barrera se encuentra influenciada por **DSS** como el **servicio de salud**, al no contar con personal capacitado, por parte de las personas migrantes nicaragüenses se evidencia influencia del **DSS educativo**.

Posteriormente, se identifica la barrera de una alta movilidad residencial, acompañada de cambios constantes en los números telefónicos de las personas migrantes nicaragüenses, lo cual genera una complicación para dar seguimiento a los procesos de atención a las personas migrantes nicaragüenses. Esta barrera se encuentra influenciada por **DSS como la educación, la ocupación y el ingreso**, el cual es bajo para cubrir sus diferentes necesidades. Por ejemplo, se identificó que, en el cantón de Upala, un 69,9% de los participantes no poseen casa propia, lo cual explica la movilidad a la cual deben someterse las personas migrantes nicaragüenses.

2. Cantón de Desamparados

En el presente apartado se desarrolla la integración de resultados de la caracterización de la población migrante nicaragüense del cantón de Desamparados a las barreras de acceso identificadas en las dimensiones del modelo de Cobertura Efectiva de Tanahashi.

Dimensión de disponibilidad de los servicios de salud

Cuadro 5. Resumen de integración de resultados de la caracterización de la población migrante nicaragüense a las barreras de la dimensión de disponibilidad de los servicios de salud, cantón de Desamparados.

| <i>Disponibilidad de los servicios de salud</i> | Barreras | Elementos y Determinantes Sociales de la salud |
|---|--|--|
| Recurso Humano | <ul style="list-style-type: none"> • Recurso humano insuficiente para brindar atención a usuarios de los servicios de salud. | <ul style="list-style-type: none"> • Determinante de servicios de salud. |
| Información | <ul style="list-style-type: none"> • Material informativo inexistente, ambiguo, ineficiente, desactualizado, poco accesible y poco atractivo para la población usuaria de los servicios de salud. | <ul style="list-style-type: none"> • Determinante de servicios de salud. • Determinante educativo. • Determinante de ingreso económico. |

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de la caracterización y elementos barrera y facilitadores identificados en la población migrante nicaragüense de Desamparados.

Para el cantón de Desamparados, en la dimensión de disponibilidad de los servicios de salud, se analizan las categorías del recurso humano e información. A continuación, se detalla la integración para ambas categorías.

Recurso humano

En esta categoría se identificó una barrera relacionada al recurso humano, ya que se considera insuficiente para brindar atención a los usuarios de los servicios de salud. Esta barrera se encuentra relacionada al **DSS de servicios de salud**, aunque, a diferencia de

Upala, las personas migrantes fundamentan la ausencia de recurso humano debido a los largos periodos de espera para recibir atención médica. Las personas comentaban acudir a los servicios en un estado de emergencia o crisis y este difería con el criterio médico, por lo que sus casos no eran categorizados como emergencias de atención inmediata. Ante esta situación, las personas comentaban que el sistema de categorización, utilizado en el área de tamizaje, es solo un filtro para cubrir la falta de personal en los servicios.

Información

En esta categoría se identificó como barrera la caracterización del material informativo como inexistente, ambiguo, insuficiente, desactualizado y poco accesible. Es posible relacionar en esta barrera, el **DSS del servicio de salud**, ya que las personas comentaban que no recibían ningún tipo de información directa, sino que estaba expuesta en carteles o pizarras en los servicios de salud, lo que consideraban como ambiguo, insuficiente y desactualizado.

Por otro lado, otro de los aspectos a resaltar es que el personal de los servicios de salud comentaba que la información expuesta es información básica y siempre se insta al usuario a ver las páginas web o revisar las redes sociales de los establecimientos de salud, para más información. La problemática con esta estrategia de comunicación, basada en medios digitales, es que no toma en cuenta el nivel socio económico y educativo de los usuarios. No todas las personas no saben utilizar o poseen un dispositivo inteligente.

Dimensión de accesibilidad de los servicios de salud

Cuadro 6. Resumen de integración de resultados de la caracterización de la población migrante nicaragüense a las barreras de la dimensión de accesibilidad de los servicios de salud, cantón de Desamparados.

| <i>Accesibilidad de los servicios de salud</i> | Barreras | Elementos y Determinantes Sociales de la salud |
|--|--|---|
| Cercanía al centro | <ul style="list-style-type: none"> • Población migrante nicaragüense que reside en zonas alejadas del cantón de Desamparados. | <ul style="list-style-type: none"> • Localización de las viviendas • Determinante económico que inciden en residir en zonas conflictivas y precarizadas |
| Conectividad | <ul style="list-style-type: none"> • Escasos recursos financieros para acceder a los establecimientos de salud. | <ul style="list-style-type: none"> • Determinante económico. • Determinante de ocupación. • Zona de residencia (zonas de conflicto). |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Oferta limitada de horarios y rutas de transporte que acerquen a los usuarios a los establecimientos de salud. | <ul style="list-style-type: none"> • Determinante de la condición de la vivienda. • Localización de las viviendas. • Determinante de ingreso. • Determinante de ocupación. • Determinante educativo. |
| Tiempo de transporte | <ul style="list-style-type: none"> • Población migrante con dificultad para salir de sus hogares ubicados en | <ul style="list-style-type: none"> • Localización de las viviendas. • Determinante ingreso |

| | | |
|-----------------------------|---|--|
| | zonas conflictivas y asentamientos informales. | económico. • Determinante de ocupación. |
| Requisitos para la atención | <ul style="list-style-type: none"> • Usuarios no asegurados o con documentos de identidad no vigentes. | <ul style="list-style-type: none"> • Determinante de servicio de salud. • Estatus migratorio. • Determinante de ocupación. • Determinante ingreso económico. |
| Horarios de atención | <ul style="list-style-type: none"> • Oferta limitada y desconocimiento de horarios de atención de los establecimientos de salud. | <ul style="list-style-type: none"> • Determinante de ocupación. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Falta de atención continua en los horarios establecidos para el funcionamiento de los servicios de salud. | <ul style="list-style-type: none"> • Determinante de servicio de salud. |

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de la caracterización y elementos barrera y facilitadores identificados en la población migrante nicaragüense de Desamparados.

Para el cantón de Desamparados, en la dimensión de accesibilidad de los servicios de salud, se analizan las categorías de cercanía al centro, conectividad, tiempo de transporte, requisitos para la atención y horarios de atención. A continuación, se detalla la integración para cada categoría.

Cercanía al centro

En la categoría de cercanía al centro, las barreras de las personas migrantes nicaragüenses para acceder a los servicios de salud se centran en la ubicación de las residencias. Algunas personas migrantes indicaron residir en asentamientos informales o zonas conflictivas; indicaron que, al estar en zonas con esta característica, les ocasiona cierta lejanía al servicio de salud más cercano.

Esta barrera identificada se encuentra influenciada por el **DSS socioeconómico**. A pesar de que, en el cantón de Desamparados, el 100% de los participantes afirmaron poseer ingresos mayores a los establecidos por el índice de pobreza por línea de ingreso, existe un 44,4% de participantes que poseen ingresos menores a los 208,000 colones. Este es un monto relativamente bajo para afrontar los gastos que se incurren en una zona de carácter urbana, como la mayoría del cantón de Desamparados. Esta condición hace que las personas migrantes deban recurrir a residir en asentamientos informales.

Conectividad y Tiempo de transporte

En las categorías de conectividad y tiempo de transporte, las barreras de las personas migrantes nicaragüenses para acceder a los servicios de salud se centran en dos líneas. La primera es la ausencia de recursos financieros para acceder a medios de transporte, públicos o privados, para desplazarse a los servicios de salud. Y la segunda línea se encuentra asociada nuevamente a la ubicación de las residencias en asentamientos informales, donde la oferta de servicios públicos de transporte se ve limitada y genera un mayor tiempo para salir de estas ubicaciones y trasladarse a los servicios de salud.

Para estas barreras, se identifica un componente importante del **DSS socioeconómico**, el cual limita las posibilidades de residir en zonas con mejores condiciones de vida y, a su vez, limita la posibilidad de acceder a medios de transporte. Este determinante se encuentra influenciado por los **DSS de educación** y el **DSS de ocupación**, ya que el nivel educativo puede condicionar el acceso a oportunidades laborales.

Además, se identifica un determinante estructural de las vías de transporte público al no conectar con asentamientos informales, según las personas migrantes nicaragüenses

participantes del estudio. La escasez de oferta de servicios de transporte se podría asociar con las dificultades para acceder a estas zonas y a las condiciones de inseguridad asociadas a los asentamientos informales.

Requisitos para la atención

En la categoría de requisitos para la atención las barreras de las personas migrantes nicaragüenses para acceder a los servicios de salud, al igual que en Upala, se centran en la ausencia de la condición de aseguramiento, la cual está estrechamente asociada con la condición del estatus migratorio, donde la ausencia de una limita la tenencia de la otra.

Estas barreras identificadas se encuentran influenciadas, en mayor medida, por el **DSS de servicios de salud**, ya que su estructura condiciona a que las personas migrantes cuenten con la documentación necesaria para acceder al servicio de salud, principalmente, aquellas personas que no aplican para ciertos escenarios con una universalidad de la cobertura. Esta barrera se nutre con el DSS de ingresos económicos de las personas migrantes. Un 44.4% de participantes indicaron poseer ingresos menores a los 208,000 colones, lo cual condiciona la posibilidad de poder cubrir el pago para acceder a un servicio de salud público o privado. Esta serie de condicionantes, al igual que en el cantón de Upala, desencadena en una barrera de discriminación, determinada por la cultura y la educación de las personas migrantes y de los funcionarios de los servicios de salud.

Horarios de atención

Las barreras de las personas migrantes nicaragüenses para acceder a los servicios de salud se centran en el desconocimiento de los horarios del servicio de salud y en la oferta limitada. Según las personas migrantes, existen servicios de salud que no atienden de manera continua, por tanto, no logran acceder a los servicios de salud cuando lo requieren o el horario de trabajo les dificulta la asistencia en los horarios establecidos.

Estas barreras identificadas se encuentran influenciadas por el **DSS de servicios de salud**, debido a que las personas migrantes indicaron que los horarios de algunos servicios de salud no coinciden con los horarios en los que pueden asistir. Asimismo, el desconocimiento de los horarios de salud, en el caso de Desamparados, se atribuye por la

ausencia de información a personas migrantes nicaragüenses de parte de los servicios de salud

Dimensión de aceptabilidad de los servicios de salud

Cuadro 7. Resumen de integración de resultados de la caracterización de la población migrante nicaragüense a las barreras de la dimensión de aceptabilidad de los servicios de salud, cantón de Desamparados.

| <i>Aceptabilidad del servicio de salud</i> | Barreras | Elementos y Determinantes Sociales de la salud |
|--|--|---|
| Satisfacción del servicio | <ul style="list-style-type: none"> Percepción de alta dificultad para acceder a citas médicas de diferentes servicios. | <ul style="list-style-type: none"> Determinante de servicios de salud. Determinante económico. |
| Adecuación cultural | <ul style="list-style-type: none"> Percepción de malos tratos o trato diferenciado por parte del personal de salud hacia las personas migrantes nicaragüenses que no cuentan con requisitos para la atención. | <ul style="list-style-type: none"> Determinante de servicios de salud. Determinante educativo. Estatus migratorio. |

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de la caracterización y elementos barrera y facilitadores identificados en la población migrante nicaragüense de Desamparados.

Para el cantón de Desamparados, en la dimensión de aceptabilidad del servicio de salud, se analizan las categorías de satisfacción del servicio y adecuación cultural. A continuación, se detalla la integración para cada categoría.

Satisfacción en el servicio

En la categoría de satisfacción del servicio, se identificó una barrera asociada a la percepción de alta dificultad para acceder a citas médicas de diferentes servicios. Es posible

asociar esta barrera a tres DSS. Primero, el de **servicios de salud**, en cuanto al problema estructural que presenta la CCSS, con respecto a las listas de espera y los altos tiempos para recibir atención médica. Esta alta dificultad, aunque fue identificada en la población migrante nicaragüense de Desamparados, se debe a una posible percepción de los usuarios de los servicios de salud, incluyendo los nacionales.

La percepción de dificultad a partir del **DSS de servicios de salud** puede asociarse, también, a un tema cultural identificado en la población migrante. A nivel país, los servicios de prevención y promoción de la salud no son tan utilizados como los servicios de emergencia.

En este caso la alta utilización de los servicios de emergencia significa una alta afluencia a los servicios del segundo y tercer nivel de atención, entendidos como especialidades y subespecialidades médicas, y servicios de control de daños y rehabilitación. En este caso, la población migrante comparte este componente cultural con los costarricenses. La diferencia es que, en muchos casos, las personas migrantes solo asisten a los servicios de emergencia, debido al temor a que la atención les sea negada en casos que no se consideren de atención inmediata.

Asimismo, las personas migrantes mencionan componentes del **DSS de ocupación** e ingresos. En el caso del determinante de ingresos, preferirían acceder a atención en salud privada, aunque sus ingresos no siempre lo permitan. En cuanto al **DSS de ocupación**, existen casos en los que los trabajos no les permiten tener tiempos destinados a controles de salud u otros procedimientos, como las personas migrantes que trabajan de manera informal.

Adecuación cultural

En esta categoría se identificó una barrera asociada con la percepción de malos tratos —o trato diferenciado— por parte del personal de salud hacia las personas migrantes nicaragüenses que no cuentan con los requisitos para la atención, entendidos en este caso como documentos de identidad y/o seguro médico. Es posible relacionar esta barrera a los **DSS de servicios de salud, educación y de estatus migratorio**. Con respecto al **DSS de los servicios de salud**, existen componentes en la cultura organizacional de la CCSS, en el

cual, aunque no se permiten actos de discriminación o exclusión, algunos se dan bajo términos de burocracia o legalidad. Las personas migrantes perciben que los funcionarios son más estrictos en el proceso de revisión de la documentación para recibir atención que con usuarios nacionales.

Además, las personas migrantes comentan que, en muchos casos, al momento de la atención, el funcionario no brinda la atención suficiente o necesaria, y alegan haber recibido diagnósticos médicos sin siquiera haber recibido un examen físico por parte del personal médico.

Otro de los DSS presentes en esta barrera es el **DSS de educación**, ya que existe un bajo conocimiento de los deberes y derechos de los usuarios de los servicios de salud. Por lo tanto, en muchos casos, las personas migrantes no poseen las herramientas para defenderse ante situaciones que se presentan al momento de utilizar los servicios.

Para finalizar, otro de los DSS que más peso tienen en esta barrera es el **estatus migratorio** de las personas. Una percepción de trato diferenciado que es percibida por personas que poseen tanto seguro médico, como situación de refugio, migrantes en situación migratoria irregular y migrantes en proceso de regularización.

Dimensión de contacto con el servicio de salud

Cuadro 8. Resumen de integración de resultados de la caracterización de la población migrante nicaragüense a las barreras de la dimensión de contacto con los servicios de salud, cantón de Desamparados.

| <i>Contacto con el servicio de salud</i> | Barreras | Elementos y Determinantes Sociales de la salud |
|--|---|--|
| <i>Población meta</i> | <ul style="list-style-type: none"> Situación SARS-COVID-19 como elemento que potencializa las situaciones de vulnerabilidad de las personas migrantes. | <ul style="list-style-type: none"> Determinantes estructurales e intermedios. |
| Cobertura de los servicios | <ul style="list-style-type: none"> Negación de los servicios de salud a personas migrantes nicaragüenses que no cuenten con documentos de identidad vigentes y/o seguro. | <ul style="list-style-type: none"> Estatus migratorio. Determinante servicios de salud. Determinante educativo. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Falta de oportunidades laborales que permitan a las personas migrantes mejorar su calidad de vida. | <ul style="list-style-type: none"> Determinante de ingreso económico. Estatus migratorio. Determinante de ocupación. Determinante educativo. |

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de la caracterización y elementos barrera y facilitadores identificados en la población migrante nicaragüense de Desamparados.

En cuanto a la dimensión de contacto con el servicio de salud, en el cantón de Desamparados, se presentan una serie de barreras para el acceso a los servicios de salud, asociadas con las subdimensiones de población meta y contacto con el servicio. Al igual que en la dimensión de aceptabilidad de los servicios, las barreras surgen a partir de las entrevistas realizadas a profesionales del CMM y de los servicios de salud. Por eso, algunas barreras en esta dimensión son una confirmación de las que fueron identificadas a partir de la percepción de las personas migrantes nicaragüenses participantes, integradas en otras dimensiones como: disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de salud

A continuación, se hace una mención de las barreras confirmadas y se establecen integraciones para aquellas barreras que no surgieron en dimensiones anteriores del cantón de Desamparados.

Población meta

Para la categoría de población meta, se identifica como barrera, al igual que en Upala, la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, la cual potenció las barreras de las personas migrantes nicaragüenses ya existentes. Esta barrera se evidencia muy clara en el **DSS de servicios de salud**, donde hubo una redirección de recursos para la atención de la pandemia y, como resultado, generó la suspensión de algunos servicios no esenciales para concentrar esfuerzos en la atención de la pandemia, así como la cancelación de actividades presenciales. Asimismo, se evidencian **DSS como la ocupación y el ingreso económico**, ya que muchas personas perdieron sus puestos laborales producto del impacto de la crisis. Esto generó una ausencia de recursos para poder cubrir los costos asociados al acceso a servicios de salud públicos o privados.

Aunado a lo anterior, resalta el **DSS de las circunstancias materiales y vivienda**. Algunas personas migrantes poseen sus residencias en asentamientos informales con condiciones adversas, lo cual genera una mayor vulnerabilidad ante la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Cobertura de los servicios

En la categoría de cobertura de los servicios, se identifica la confirmación de barreras que surgieron en dimensiones anteriores. La primera de ellas es la existencia de

requisitos que conllevan trámites complejos, específicamente en la situación en la que el aseguramiento social es un requisito para acceder a una condición migratoria regular y la condición migratoria regular es un requisito para acceder a un aseguramiento social. Situación que genera una afectación en el acceso a los servicios de salud. La segunda barrera confirmada es la falta de oportunidades laborales en el cantón de Desamparados para las personas migrantes nicaragüenses, lo cual afecta directamente a la integración social de las personas migrantes y de sus oportunidades para cubrir los costos para acceder a los servicios de salud, en relación con los **DSS de circunstancias psicosociales y cohesión social**.

B. Recomendaciones para fortalecer el acceso y la atención de las personas migrantes nicaragüenses de Upala y Desamparados en los servicios de salud costarricenses.

Establecida la integración de la caracterización de las personas migrantes nicaragüenses a las barreras identificadas, resulta fundamental reconocer la importancia de la promoción de la salud y de los determinantes sociales de la salud para llevar a cabo diagnósticos que permitan analizar, de manera más amplia, la situación de salud de grupos poblacionales, como el de las personas migrantes nicaragüenses. A partir del análisis llevado a cabo en el presente estudio de investigación, es posible establecer recomendaciones para mejorar el acceso y la atención en salud de la población migrante nicaragüense en los cantones de Upala y Desamparados.

Estas recomendaciones toman en consideración el contexto de ambos cantones, los facilitadores identificados en el segundo objetivo, las opiniones de los profesionales participantes en el estudio de investigación, revisión bibliográfica y la experiencia en promoción de la salud de los investigadores, obtenida a través de la formación profesional en la carrera de promoción de la salud de la UCR.

Tras la revisión bibliográfica realizada, se ha identificado un movimiento relevante en la región de Latinoamérica, en el ámbito de los servicios de salud. Este movimiento coincide con las necesidades de las personas migrantes nicaragüenses en cuanto al acceso a los servicios de salud y consiste en avanzar hacia sistemas de salud de atención integrada y

centrada en las personas, familias y comunidades. Dicho movimiento es promovido por organizaciones como la OPS y la Fundación Internacional para la Atención Integrada (IFIC).

Los servicios integrados y centrados en las personas y las comunidades (SICPyC) son aquellos gestionados y dispensados de tal manera que las personas reciben servicios sin quiebre de la continuidad, entre la acción intersectorial, las actividades comunitarias de organización y transformación social. Incluyen la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la gestión de las enfermedades, la rehabilitación y la atención paliativa. Todo ello, de forma coordinada entre los diferentes eslabones y centros de atención en salud y social de las redes del sector de la salud y más allá de él (intersectorial) (Pérez-Hernández et al., 2022).

Bajo este contexto de atención integrada, se establece, como recomendación macro, el avanzar hacia sistemas de atención integrados en salud, donde se reconozca el derecho humano a la salud de todas las personas y se garanticen principios de atención digna y equitativa. Esto permitiría que las personas migrantes puedan superar muchas de las barreras existentes para acceder a los servicios de salud. Bajo este marco de atención integrada, y buscando generar una mejoría en el acceso y atención actual en salud de la población migrante nicaragüense en los cantones de Upala y Desamparados, se establecen las siguientes recomendaciones:

1. Recomendaciones para mejorar el acceso de las personas migrantes nicaragüenses a los servicios de salud de la CCSS en el cantón de Upala.
 - Se recomienda revisar el criterio técnico de la CCSS sobre la asignación de un EBAIS cada 4000 habitantes, para determinar su aplicabilidad en áreas de salud cercanas a la línea fronteriza y en EBAIS que atienden a poblaciones con alta movilidad residencial. En estas áreas, las poblaciones pueden variar significativamente en el tiempo, lo que puede generar una demanda de servicios de salud impredecible y afectar la atención a las comunidades. Por lo tanto, se sugiere

adaptar el criterio técnico a las particularidades de estas áreas para garantizar una atención de salud adecuada y oportuna.

- Se sugiere prestar especial atención al perfil sociodemográfico de las personas migrantes del cantón de Upala, por nivel educativo identificado de los usuarios, con el fin de garantizar que la información que reciban sea accesible, adecuada y oportuna. Es necesario generar o potenciar el material actualmente existente en temas de funcionamiento general de los establecimientos de salud y el sistema de salud, incluyendo la capacidad resolutive, la importancia de mantener los datos actualizados, el sistema de referencias y contrarreferencias a otros centros de salud, las modalidades de aseguramiento, los derechos y deberes de los usuarios, y la validación de derechos. De esta manera, se puede asegurar que los usuarios con diferentes niveles educativos tengan acceso a la información necesaria, para tomar decisiones informadas sobre su salud y el uso de los servicios de salud. Además, esto puede mejorar la confianza de los usuarios en el sistema de salud y promover una atención de calidad con enfoque en el usuario.
- Se recomienda proveer, a los funcionarios de salud de Upala, herramientas educativas para mejorar la atención a las personas migrantes usuarias de los servicios de salud. Esto permitiría avanzar hacia una atención en la que haya cero tolerancias a tratos xenofóbicos. Además, es importante brindar herramientas informativas a los funcionarios de los servicios de salud, para reducir la prevalencia de imaginarios sociales, como la creencia errónea de que las personas migrantes hacen un mayor uso de los servicios de salud que los costarricenses, además de la creencia de que los usuarios tienen diferentes derechos según su nacionalidad. También, es necesario proporcionar herramientas informativas para el manejo de casos de personas migrantes que no cumplan con los requisitos para recibir atención en salud en los centros de salud.
- Se recomienda realizar giras interinstitucionales en las zonas más alejadas del cantón de Upala, en las que participen actores como los CMM, MINSA, CCSS, ACNUR y La Sociedad de Ayuda al Inmigrantes Hebreo (HIAS). El objetivo de estas giras es mejorar el conocimiento sobre las condiciones de vida y salud de las comunidades locales, así como proporcionar información sobre el funcionamiento

general del sistema de salud, las modalidades de aseguramiento y la regulación del estatus migratorio. También, se sugiere retomar los programas de tamizaje de diabetes, hipertensión, cáncer de mama, cáncer de próstata y salud bucodental que se brindaban antes de la pandemia por COVID-19.

- Se recomienda la apertura de una oficina de intermediación laboral en Upala, tomando en cuenta el ejemplo de la ya existente en el cantón de Desamparados, con el objetivo de mejorar la articulación de acciones con instituciones educativas como las universidades públicas e INA con el fin de brindar capacitaciones técnicas, ya sean: técnicos en manipulación de alimentos, computación, idiomas extranjeros y otros, que permitan potenciar las habilidades de las personas migrantes para su incorporación en la fuerza laboral costarricense. También, para brindar asesoría legal a las personas migrantes que estén sufriendo de cualquier situación que lo requiera.
- Se recomienda que, como parte de los servicios que brindan los CMM de Upala en temas de regularización del estatus migratorio, se ofrezca un acompañamiento integral en temas de aseguramiento y obtención de la condición de asegurado. Esto debido a que una persona migrante que reside en el país, para mantener o acceder a un estatus migratorio regular, debe contar con la condición de asegurado y viceversa.
- Recomendamos fortalecer la supervisión de los establecimientos de salud en Upala, para prevenir el cobro ilegal de cuotas para la atención de personas migrantes nicaragüenses. Esto asegurará que todos los usuarios, independientemente de su nacionalidad, reciban un servicio equitativo y justo.
- Se recomienda generar campañas de divulgación de información, con el objetivo de disminuir el desconocimiento sobre aspectos del sistema de salud costarricense, incluyendo horarios de atención y conocimiento de derechos en salud. Es importante que las campañas de divulgación se encuentren adecuadas al contexto educativo de las personas migrantes, y que contemple la brecha digital existente, producto de las diferencias socioeconómicas en la región. Para ello, se podrían utilizar técnicas como el perifoneo, el cual se adapta más al contexto de la zona.

- Se recomienda que actores como CMM, MINSA, CCSS, ACNUR y HIAS generen campañas de información, para aumentar el conocimiento sobre aspectos generales de los establecimientos de salud, incluyendo días y horarios de atención, nivel resolutivo, equipamiento y otros aspectos relevantes para la atención de los usuarios. Esto, con el propósito de asegurar que estas campañas lleguen a todas las personas, las personas migrantes de Upala, inclusive. Se sugiere que se realicen directamente, en las comunidades —a través de herramientas como el perifoneo—, en consideración con las personas analfabetas y personas que no tienen acceso a tecnologías de información y comunicación, ya sea por falta equipo, falta de cobertura o desconocimiento del uso de estas tecnologías.
- Se recomienda que los servicios de salud de Upala diseñen y apliquen instrumentos de recolección de datos, como encuestas y entrevistas, con el fin de determinar si la oferta de horarios se adapta a la demanda de los usuarios. Esto se debe a que varias personas migrantes usuarias señalaron que los servicios de salud sin atención continua presentan horarios que les dificulta recibir atención en salud.
- Se recomienda que el CMM, en conjunto con la CCSS, generen campañas de información, en las cuales se enfatice el riesgo de la automedicación y el uso de medicina alternativa como principal tratamiento de afecciones en salud. Esto debido a que la evidencia generada por el estudio revela que estas son prácticas muy comunes en la población migrante de Upala, ante la ausencia de la condición de aseguramiento.
- Se recomienda diseñar y ejecutar campañas educativas para el uso responsable de los servicios de salud, específicamente, en el uso del sistema de salud como una red en la que existe un orden establecido (EBAIS, Clínicas, Hospitales Regionales, Hospitales Nacionales y Hospitales Especializados). También, es importante que, en estas campañas, se resalte la importancia de los servicios de atención primaria en salud.
- Se recomienda que los servicios de salud de Upala generen estrategias de comunicación, con el fin de fortalecer el conocimiento de la capacidad resolutiva del primer nivel de atención en salud de Costa Rica. Debido a que, según la

evidencia del estudio, existen creencias negativas sobre este nivel de atención, lo cual ocasiona que las personas migrantes prefieran acudir a un servicio de emergencias en situaciones que se podrían resolver en el primer nivel de atención.

- En el contexto de la crisis sanitaria por COVID-19, se recomienda fortalecer los servicios de vacunación del primer nivel de atención, con un enfoque especial en la población migrante nicaragüense de Upala. Esto, debido a que, en el plan nacional de vacunación contra COVID-19, las personas migrantes no fueron consideradas como grupo prioritario, lo que provocó un acceso tardío a las vacunas por parte de este grupo poblacional.
- Se recomienda fortalecer la participación de actores comunitarios en espacios de toma de decisiones institucionales, con el propósito de fomentar un sentido de identidad y apropiación de las acciones realizadas por dichas instituciones en las comunidades de Upala. Esta medida tiene, como objetivo, garantizar que se perciba un mayor impacto en la calidad de vida de las personas residentes en la zona desde iniciativas comunitarias.

2. Recomendaciones para mejorar el acceso de las personas migrantes nicaragüenses a los servicios de salud de la CCSS en el cantón de Desamparados.

- Se recomienda revisar el criterio técnico de la CCSS sobre la asignación de un EBAIS cada 4000 habitantes, para determinar su aplicabilidad en las áreas de salud del cantón de Desamparados. Sobre todo, aquellas que atienden a personas que residen en asentamientos informales. Esto porque, según la evidencia de este estudio, en los asentamientos informales existen fenómenos como el hacinamiento, inseguridad social y alta movilidad residencial, que podrían dificultar las estimaciones poblacionales de los distritos de este cantón. Por tanto, se sugiere el estudio y la adaptación de este criterio técnico, con el fin de brindar a las personas migrantes de estas comunidades atención en salud adecuada y oportuna.
- Se recomienda que los servicios de salud diseñen y ejecuten campañas educativas para el uso responsable de estos servicios. La evidencia del estudio muestra que las

personas migrantes de Desamparados, muchas veces, acuden solamente a emergencias y son referidos a otros niveles como clínicas, CAIS y EBAIS, debido al desconocimiento de la capacidad resolutive de cada nivel de atención brindado por la CCSS. Se sugiere, como posibles temas para abordar, el uso responsable de los servicios de salud, con énfasis en la importancia e información general de los establecimientos del primer nivel de atención.

- Se considera necesario generar, potenciar y explorar nuevas maneras de informar a los usuarios de los servicios de salud. Esto, debido a que la evidencia del estudio muestra que el material ofrecido actualmente se percibe como poco atractivo, poco accesible y actualizado. Se recomienda el aprovechamiento de herramientas virtuales como páginas web, aplicaciones para teléfonos inteligentes y comunicación directa, sea persona a persona o por medios telefónicos, para hacer llegar información oportuna a los usuarios. Se sugiere considerar los siguientes temas para el desarrollo de estos medios de comunicación: información sobre el funcionamiento de los establecimientos de salud, capacidad resolutive, importancia de mantener datos de contacto actualizados, modalidades de aseguramiento, beneficios, derechos y deberes de los usuarios.
- Se recomienda un fortalecimiento de los programas sociales como: ferias de salud interinstitucionales, talleres educativos a poblaciones vulnerables como madres adolescentes, programas educativos en conjunto con el INA, Casa de Derecho y la Oficina de Intermediación Laboral que promueve la Municipalidad de Desamparados en conjunto con el CMM. Estos programas ofrecen herramientas que podrían favorecer la integración de las personas migrantes a la sociedad costarricense y, de esta manera, mejorar su calidad de vida.
- Se recomienda el diseño y ejecución de estrategias desde Promoción de la Salud y Salud Comunitaria, para mejorar la organización que existe en las comunidades vulnerables del cantón de Desamparados. La razón de estas herramientas es partir de un diagnóstico de los principales problemas de salud que aquejan a estas poblaciones, con el fin de aprovechar el actual trabajo que realizan diferentes actores como Fuerza Pública, MINSA, CCSS, entre otros actores claves comunitarios. Estas estrategias podrían estar dirigidas a trabajar temas como

inseguridad social, enfermedades de transmisión sexual, estilos de vida saludable, entre otros, los cuales podrían surgir a partir del diagnóstico.

- Se recomienda que, como parte de los servicios que brindan los CMM de Desamparados en temas de regularización del estatus migratorio, se ofrezca también un acompañamiento integral en temas de aseguramiento y obtención de la condición de asegurado. Esto, debido a que una persona migrante que reside en el país, para mantener o acceder a un estatus migratorio regular, debe contar con la condición de asegurado y viceversa.
- Se recomienda generar procesos de capacitación para las personas funcionarias de los servicios de salud, con la intención de favorecer una atención digna sin discriminación y sin irregularidades.
- Se recomienda proveer, a los funcionarios de salud de Desamparados, herramientas educativas para mejorar la atención a las personas migrantes usuarias de los servicios de salud. Esto permitiría avanzar hacia una atención en la que exista cero tolerancia ante tratos xenofóbicos. Además, es importante brindar herramientas informativas a los funcionarios de los servicios de salud para reducir la prevalencia de imaginarios sociales. Entre ellos, la creencia errónea de que las personas migrantes hacen un mayor uso de los servicios de salud que los costarricenses y la creencia de que los usuarios tienen diferentes derechos según su nacionalidad. También es necesario proporcionar herramientas informativas para el manejo de casos de personas migrantes que no cumplan con los requisitos, para recibir atención en salud en los centros de salud.
- Se recomienda que los servicios de salud de Desamparados diseñen y apliquen instrumentos de recolección de datos, como encuestas y entrevistas, con el fin de determinar si la oferta de horarios se adapta a la demanda de los usuarios. Esto se debe a que varias personas migrantes usuarias señalaron que los servicios de salud atienden en horarios en los que las personas normalmente se encuentran en sus labores diarias y les dificulta su asistencia.
- En el contexto de la crisis sanitaria por COVID-19, se recomienda fortalecer los servicios de vacunación del primer nivel de atención, poniendo un enfoque especial

en la población migrante nicaragüense de Desamparados. Debido a que, en el plan nacional de vacunación contra COVID-19, las personas migrantes no fueron consideradas como grupo prioritario, lo que provocó un acceso tardío a las vacunas por parte de este grupo poblacional.

Las recomendaciones establecidas, tanto para Upala como para Desamparados, se encuentran alineadas, con el propósito de avanzar hacia servicios de atención, integrados en salud, donde se reconozca el derecho humano a la salud de todas las personas y se garanticen principios de atención digna y equitativa.

Pérez-Hernández et al (2022), establecen que, para el establecimiento de la atención integrada, es fundamental reconocer el derecho a la salud y contar con principios como: la **Construcción compartida de la salud**, en la que exista una participación de personas, familias y comunidades; **integralidad y continuidad de la atención de los cuidados**, donde es primordial un balance entre los esfuerzos de promoción, prevención, fomento, curación y cuidados de largo plazo; **cogestión para la coordinación de los servicios de salud**, donde la atención y cuidados estén coordinados en torno a las necesidades, expectativas y preferencias de las personas; **equitativa**, donde la atención y cuidados sean accesibles y disponibles para todas las personas, acorde a sus necesidades, **sostenible**, donde la atención se brinde a lo largo del tiempo; y **digna**, en la cual se brinde atención y cuidados humanizados y ajustados a las necesidades, particularidades y preferencias (Pérez-Hernández et al., 2022).

A partir de estos elementos y el análisis llevado a cabo sobre el acceso a servicios de salud de las personas migrantes nicaragüenses —donde se evidenció la existencia de barreras para acceder a los servicios de salud que están a su vez influenciadas por DSS—, surge la comprensión de que el avance hacia un sistema de servicios de salud de atención integrada centrado en las personas, familias y comunidades sería significativo en salud. Permitiría generar un mejor acceso a servicios de salud de las personas migrantes nicaragüenses.

Pérez-Hernández et al (2022), establecen que:

Avanzar hacia sistemas de atención integrada es de particular relevancia en la Región de Latinoamérica, dado los determinantes sociales de la salud; la exclusión social; la falta de garantía efectiva del derecho a la salud, especialmente de los pobres, indígenas y mujeres; las barreras de accesos a servicios integrales de calidad; el profundo desequilibrio de poder entre los ciudadanos y los demás actores de los servicios de salud. (Pérez-Hernández et al.,2022, p.2)

Capítulo VII

XII. Conclusiones, limitaciones y recomendaciones

En este apartado de la se presentan las conclusiones, derivadas de los objetivos, en contraste con los principales resultados y análisis del estudio. La organización de las conclusiones se hace para cada uno de los objetivos alcanzados en el transcurso de la investigación realizada con las personas migrantes nicaragüenses, los funcionarios de los servicios de salud y el personal de los CMM de Upala y Desamparados.

Del mismo modo, se presentan las limitaciones que surgieron en el proceso y las respectivas recomendaciones. Estas recomendaciones se posicionan desde la Promoción de la Salud y el papel del profesional en Promoción de la Salud. Asimismo, se mencionan algunos retos y temas pendientes que surgieron a partir del proceso de investigación, para mejorar el acceso a los servicios de salud de las personas migrantes de Upala y Desamparados.

A. Conclusiones

A modo de conclusiones generales del proceso de investigación realizado se obtiene que:

- Se destaca la importancia y utilidad del modelo de “Desigualdades en Salud”, propuesto por Solar e Irwin (2010), como marco de referencia que facilitó un análisis integral de la salud de las comunidades y las poblaciones, como el caso de la población migrante nicaragüense. Este modelo favoreció el desarrollo de una investigación, desde los DSS, para el análisis del acceso a los servicios de salud de la población migrante nicaragüense y el establecimiento de

recomendaciones de acción sobre las desigualdades sociales de salud identificadas en estos grupos y poblaciones.

- El eje de Investigación-Determinantes Sociales de la Salud-Acciones, sobre las desigualdades sociales en salud identificadas, es una construcción teórica para que diversos actores sociales, ya sean tomadores de decisiones, académicos, profesionales en ejercicio y sociedad civil, entre otros, puedan mejorar la comprensión de los factores que explican la situación de salud de los grupos y poblaciones desde la evidencia científica. Además, que puedan sumarse en el complejo entramado que requieren las acciones sobre las desigualdades sociales de salud identificadas. Esto, más allá de los abordajes fragmentados y biologicistas tradicionales, con el propósito de acortar las brechas de desigualdad social en salud para los grupos involucrados.
- Entre los cantones de Upala y Desamparados, se puede manifestar que hay diferencias notables en cuanto a las condiciones de acceso a servicios de salud. Esto, debido a que se lograron encontrar más barreras de acceso y menos elementos facilitadores en el cantón de Upala, en comparación al cantón de Desamparados. Sin dejar de lado que muchas de las barreras y elementos facilitadores no solamente afectan a la población migrante nicaragüense usuaria de los servicios, sino que también podrían estar afectando a todos los usuarios de los servicios de salud.
- La propuesta de utilizar dos modelos, el de "Desigualdades en Salud" de Solar e Irwin, 2010 y el de "Cobertura Efectiva" de Tanahashi, citado por Hirmas et al. (2013), ha sido efectiva para identificar la dinámica de acceso a servicios de la población migrante, así como para resaltar los elementos facilitadores y barreras que afectan a esta población. Los hallazgos sugieren que los DSS, como la educación, el ingreso, la ocupación y las circunstancias psicosociales, tienen un papel importante en la experiencia de acceso a servicios de salud de la población migrante nicaragüense. En consecuencia, esta comprensión más amplia de los factores involucrados permitirá abordar de manera más efectiva las barreras y fortalecer los elementos facilitadores en la atención de salud de esta población.

Respecto al primer objetivo específico de este estudio, con la caracterización de la población migrante nicaragüense que asiste a las oficinas de los CMM:

- La población migrante nicaragüense en Costa Rica se ve confrontada con un conjunto de desafíos que incluyen la xenofobia, discriminación, hacinamiento, violencia y explotación laboral, los cuales, a su vez, generan un impacto adverso en su calidad de vida. Estos factores se ven agravados por las disparidades existentes entre los contextos urbano-rurales. Se identificaron más situaciones de vulnerabilidad en el cantón de Upala, que se encuentra en un contexto rural. En ese cantón, las personas migrantes nicaragüenses indicaron que carecían de ingresos suficientes para acceder a una vivienda adecuada y acceder a bienes y servicios básicos que aseguran una calidad de vida aceptable. En comparación, en el contexto urbano de Desamparados, aunque no se garantiza un acceso seguro a estos bienes y servicios, es más factible adquirirlos.
- El análisis, a partir del modelo de DSS, permitió evidenciar que existen vulneraciones a los derechos humanos en diferentes áreas: el trabajo, educación, salud y vivienda. Estas vulneraciones se ven reflejadas en las condiciones de vida, en el estrés diario y en el miedo con el que viven las personas migrantes en nuestro país. A su vez, condicionan el acceso a bienes y servicios, en este caso, los servicios de salud.
- A partir de la crisis sociopolítica en Nicaragua en el año 2018, han existido variaciones en el perfil de las personas que migran a Costa Rica. Estas variaciones se dan principalmente por el motivo migratorio. Antes del año 2018, la llegada de migrantes estaba caracterizada por personas que migraban por motivos económicos. Generalmente, era un proceso por etapas y se daba de forma estructurada y planificada. Posterior al 2018, se dio una afluencia, sobre todo, de universitarios y profesionales, que llegaban al país de manera forzada, debido a conflictos o situaciones que los obligaron a abandonar su país de origen. El proceso de los migrantes forzados está caracterizado por ser un proceso abrupto, no estructurado y, generalmente, sin planificación. Estos cambios traen consigo implicaciones laborales,

educativas y de salud para el Estado costarricense. La llegada de migrantes genera un aumento en la demanda de empleo, debido a la necesidad de incorporación al mercado laboral. Por otro lado, se da el aumento en los servicios educativos, tanto de educación superior, como de estudios técnicos. Según la evidencia del estudio, las personas migrantes forzadas suelen llegar al país en situaciones de vulnerabilidad, lo que se traduce en un aumento en la demanda de servicios de salud, debido a su estado físico y psicosocial desgastado. Esto representa un desafío para el sistema de salud costarricense, al tener que hacer frente a la necesidad de brindar atención a estas personas en condiciones difíciles.

El segundo objetivo establece la identificación de barreras y elementos facilitadores del acceso a servicios de salud:

- A pesar de que se identificaron dificultades y situaciones adversas en la dinámica de acceso a los servicios de salud, también se logró concluir que la mayoría de participantes percibieron que las instalaciones están en buen estado y son aptas para brindar los servicios respectivos. Esta conclusión insta a que la CCSS mantenga sus planes de mejora de las instalaciones actuales, de los diferentes centros de salud, y realice la apertura de nuevos centros donde se requiera.
- La tenencia de documentos de identidad y de seguro médico presenta una de las principales barreras identificadas en el estudio, ya que, para tener un seguro médico, es necesario tener documentos de identidad al día; y, para mantener los documentos de identidad al día, la ley de migración exige, a las personas extranjeras, estar al día con el seguro médico. Esta dualidad representa un reto para la institucionalidad costarricense y las personas migrantes, por un lado, y representa un reto para la DGME y la CCSS en temas de gestión y navegación de usuarios. Asimismo, para las personas migrantes al tratar de mantener su estatus migratorio regular.
- Los principales elementos que diferencian la dinámica entre Upala y Desamparados, se deben a las diferencias en los territorios de cada cantón.

En este caso, Upala al ser un cantón de contexto rural, las distancias geográficas y la atención no continua de algunos centros de salud son de los elementos más destacables para caracterizar las condiciones en que el sistema de atención de la CCSS en la zona atiende a la población. En el caso de Desamparados, un contexto urbano presenta viviendas ubicadas en asentamientos informales y zonas conflictivas por temas de inseguridad. Además, presenta que las personas poseen jornadas laborales en horarios que no concuerdan con los horarios de atención de los servicios de salud, especialmente, los servicios brindados en clínicas y EBAIS del país.

- Se evidenciaron malos tratos y situaciones de tensión entre los funcionarios de salud y las personas migrantes usuarias de los servicios de salud. Esto refleja que el personal de salud, al igual que el resto de la población, puede tener creencias y costumbres llenas de imaginarios sociales negativos y xenofóbicos sobre la población migrante nicaragüense en Costa Rica. Se puede concluir que la exclusión en los servicios es una forma de discriminación hacia la población migrante nicaragüense.
- En la dinámica de acceso a servicios de salud, se logró identificar que la población migrante nicaragüense, en su mayoría, se encuentra satisfecha con el servicio recibido. Esto a causa de que la mayoría de los elementos barrera son ejercidos por la institucionalidad y no necesariamente por el personal y el trato hacia los usuarios. Esto implica que la CCSS no debe descuidar aquellos mecanismos para garantizar que la atención que brindan sea universal y equitativa con todos los usuarios.
- La emergencia sanitaria provocada por el SARS-COVID-19 dificultó y amplió las desigualdades que existen en el acceso a servicios de salud. Y, a su vez, afectó la cobertura de los servicios, debido a la redirección de esfuerzos y recursos para atender esta emergencia nacional.
- La emergencia sanitaria nacional provocada por el COVID-19 dificultó y amplió las desigualdades que existen en el acceso a los servicios de salud; a su vez, afectó su cobertura. Esto trae implicaciones, no solamente para la CCSS, sino para todas las instituciones y organizaciones que conforman el

sector salud. Una vez se llegue a un punto de estabilidad, es necesario que se efectúen diferentes procesos diagnósticos, con el objetivo de identificar fortalezas y oportunidades de mejora. Esto, además, con el fin de direccionar esfuerzos interinstitucionales y multisectoriales para reducir brechas y desigualdades, exacerbadas por la pandemia.

- A partir de los relatos de las personas migrantes, se puede afirmar que existe una baja cobertura en los servicios de prevención de riesgos y enfermedades y promoción de la salud, debido a que, en dichos servicios, se presentan más barreras, en comparación a los servicios de emergencias. Esto trae consigo implicaciones, tanto para las personas migrantes como para los servicios de la CCSS. En el primer nivel de atención, donde se brindan la mayoría de los servicios de prevención de riesgos de enfermedades y promoción de la salud, también se da atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. La falta de controles en temas de enfermedades —como diabetes e hipertensión— trae riesgos para la vida del paciente. Resulta un riesgo para el sistema cuando el paciente no puede acceder a los servicios del primer nivel de atención, lo cual aumenta sus posibilidades de requerir servicios más especializados y de mayor costo.
- Por último, se logra concluir que existe un trabajo desarticulado entre la CCSS y otras organizaciones, como el CMM. Existen funciones y responsabilidades que no están muy claras entre ambos actores. Esto puede deberse a que no existen mecanismos de control para medir los resultados de todas las responsabilidades, especificadas en los manuales de puesto. O puede deberse a que estas responsabilidades no son tomadas en cuenta con la importancia que realmente merecen. Esto limita el accionar y el acceso a la población a servicios de salud, tanto en establecimientos de salud, como en otros espacios un poco más informales, como las ferias de salud.

Por último, el tercer objetivo, que refiere a la de integración del perfil de las personas migrantes nicaragüenses y a las a las barreras y elementos facilitadores identificados, para establecer recomendaciones que mejoren el acceso a los servicios de salud:

- Existen barreras que limitan el acceso a los servicios de salud, y podrían ser abordados por otras instituciones y sectores de la sociedad en general. Se denota la necesidad de articular este tipo de análisis con otros sectores de la sociedad, para que no quede limitado al sector salud y se fortalezcan las capacidades de otros actores, para favorecer el acceso de las personas migrantes nicaragüenses.
- Se evidencia cómo las barreras identificadas están determinadas por varios DSS. Estas barreras, en su mayoría, son multicausales y afectan, en mayor medida, a las poblaciones en estado de vulnerabilidad (como el caso de la población migrante nicaragüense). La mayoría de estas barreras tiene un componente de sistema; muchas veces, no son ejercidas solamente por un funcionario de los servicios, sino también por políticas internas de la institución.
- Una de las formas de mejorar el acceso a los servicios de salud es seguir la línea del movimiento de los SIPCyC, los cuales, por medio de la Promoción de la Salud, pueden generar diferentes instrumentos, para estructurar un marco de trabajo que permita la integralidad y sentido lógico de las acciones que se toman en el sector salud.

B. Limitaciones

- El desarrollo de este proyecto se dio en el mismo periodo de tiempo en que se dio la emergencia nacional por el virus SARS-COVID 19, lo que generó diferentes situaciones que afectaron los periodos de tiempo establecidos. Además de esto, en el periodo de recolección de datos, en el cantón de Desamparados, se dio junto con el cierre de las oficinas del Centro Municipal para Migrantes. Por esta razón, se optó por alternativas como: la recolección de datos por medio de llamadas telefónicas. Esto significó un atraso en el periodo de tiempo establecido y generó un aumento en los gastos previstos para el desarrollo de la investigación.
- A partir del proceso de discusión de resultados, se evidenció que existen vacíos informativos o de diseños de investigación que abordan a la población migrante nicaragüense en Costa Rica. Dichos vacíos se presentan

por el enfoque de las investigaciones. Por ejemplo, el vacío informativo en temas de enfermedades no transmisibles en población migrante. El tema de enfermedades, en la mayoría de la bibliografía consultada, se enfoca en enfermedades transmisibles predominantemente y de relevancia internacional.

- La muestra que se eligió para este estudio, para los componentes cualitativo y cuantitativo, no permitió el análisis de DSS como el de políticas sociales, políticas públicas, política macroeconómica y microeconómica. Estos temas no se incluyeron en el estudio.
- Los DSS de políticas sociales, políticas públicas, política macroeconómica y microeconómica fueron temas que no se incluyeron en el estudio, debido a que la muestra que se eligió para los componentes cualitativo y cuantitativo no permitió dicho análisis.
- En la fase de trabajo de campo, se presentaron muchas barreras, por parte del personal de salud del cantón de Upala, para tener acceso a entrevistas con funcionarios. Esto debido a que, en algunos casos, los funcionarios alegaban no tener el tiempo libre para la atención del equipo investigador. Aún cuando se presentaron estas barreras, algunos funcionarios de salud aceptaron participar en el estudio de forma voluntaria. Además, se le imposibilitó al equipo investigador realizar entrevistas a los usuarios de los servicios de salud presentes en el momento. Por lo que la captación de personas migrantes quedó exclusivamente en las oficinas de los CMM.
- Otra de las situaciones que se presentaron en la fase de trabajo de campo fue que algunas personas que no sabían leer y/o escribir expresaron su deseo de participación, por lo que se tuvo que dar asistencia en el proceso de llenar los instrumentos y consentimiento informado. Esto generaba ciertos retrasos en los tiempos para completar la información requerida en los instrumentos.
- La población migrante nicaragüense expresó desconfianza y miedo al momento de brindar sus datos personales, necesarios para el consentimiento informado, sobre todo, en la fase de trabajo de campo de Desamparados, porque esta, en su mayoría, fue desarrollada por medios telefónicos. En el

caso de Upala, las personas temían que sus datos fueran difundidos a terceros (entidades como la DGME, por ejemplo). En Desamparados, las personas expresaron su desconfianza al pensar que se tratara de algún tipo de estafa telefónica.

- Aunque se procuró una participación equitativa en cuanto al sexo de los participantes, por los horarios en que se desarrollaba el trabajo de campo en y el medio telefónico, en Desamparados, generó que existiera más participación de mujeres amas de casa y/o mujeres que se dedicaban al cuidado de otras personas. Esto podría solventarse aplicando instrumentos en momentos del día fuera de los horarios de oficina.
- En cuanto a los instrumentos de recolección de datos, en el formulario se utilizó una escala en la variable de ingreso, que, en el caso de Upala, al ser los ingresos tan bajos, todas las personas se quedaban en la opción de ingresos más bajas. Ante esta situación, se le empezó a pedir a las personas que anotaran el aproximado de sus ingresos mensuales. A partir de ese cambio, se categorizó para su análisis. La misma situación se dio con la variable de estado civil, ya que, en Upala, muchas personas comentaban estar en “unión libre”, una categoría no contemplada previamente en los instrumentos.

C. Recomendaciones

- Según los hallazgos de la investigación, se denota la urgencia de promover nuevo conocimiento en Promoción de la Salud, relacionado al tema de Migración. Esto debido a la escasa información científica que existe en la actualidad.
- Asimismo, se insta a los diferentes actores que componen el campo de la salud a avanzar en el tema del movimiento de los SIPCyC. Destacando el papel del promotor de la salud para la articulación de acciones y actores, pues este movimiento posee elementos fundamentales para dar respuesta a las necesidades de los usuarios de los servicios de salud.
- Se recomienda que, dentro de las diferentes áreas de salud del país, se dé un fortalecimiento y se promuevan los diagnósticos de situación de salud. Lo

anterior, porque estos documentos proveen a los servicios de datos esenciales para estructurar los servicios, de manera que respondan a las necesidades de la población y a trabajar de manera más eficiente.

- Para el desarrollo de diagnósticos de situaciones relacionadas a la salud, se recomienda el uso del modelo de “Cobertura efectiva” de Tanahashi, citado en Hirmas et al. (2013). Este modelo, a partir de sus categorías, permite conocer los aspectos más importantes de las dinámicas de acceso a los servicios de salud. A su vez, permitiría la puesta en práctica de medidas que mejoren la atención y cobertura.
- Desde la Promoción de la Salud, se destaca uno de sus campos más importantes —la Educación para la Salud— como medio para la capacitación continua de funcionarios y funcionarias en temas necesarios para el manejo de la diversidad de características de las poblaciones que acuden a los diferentes establecimientos de salud.
- Se recomienda el uso de este trabajo de investigación para futuras investigaciones en el campo, siempre y cuando, se tomen en cuenta medidas para subsanar las limitaciones descritas anteriormente y medidas que permitan adecuar las variables y dimensiones de análisis a los objetivos propuestos.
- Por último, se destaca que el trabajo con grupos vulnerables es arduo y requiere de muchas habilidades blandas: comunicación asertiva, manejo de conflictos y otras habilidades como la empatía y sensibilidad. Esto, debido a que, muchas veces, las personas intentan desahogar sus situaciones más difíciles con el equipo de investigadores, en búsqueda de ayuda o respuestas. Estas situaciones pueden estar llenas de relatos muy fuertes, entonces, se considera necesario capacitar al equipo de investigadores sobre cómo sobrellevar este tipo de situaciones de la mejor manera para futuras investigaciones.

XIII. Bibliografía

- ACNUR (s.f). ¿Qué hacemos?, Salud Pública. Recuperado de:
<https://www.acnur.org/salud.html#:~:text=La%20Convenci%C3%B3n%20sobre%20el%20Estatuto,de%20salud%20f%C3%ADsica%20y%20mental>
- Acosta, J., Fernández, J., Luna, K., Navarro, E., Flórez, V., Solano, A., Bravo, E. & Goenaga, E. (2018). Necesidades percibidas de salud por los migrantes desde Venezuela en el asentamiento de Villas Caracas-Barranquilla, 2018: reporte de caso en salud pública. *Revista Univ. Ind. Santander. Salud.* vol 50. no 3. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072018000300269&lang=es
- Acuña, G. (2005). La inmigración en Costa Rica: Dinámicas, Desarrollo y Desafíos. Proyecto fondo OPEC-UNFPA. Recuperado de https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/migracion/inmigr_acr.pdf
- Agudelo-Suárez AA, Alzate-Urrea S, López-Vergel F, López-Orozco C, Espinosa-Herrera É, Posada López A, Meneses-Gómez EJ. (2014) Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2014; 13(27): 181-199.
- Alarcón, D., Barrell, A., De Ángulo, A., Da Costa, M., Montalvo, J., Dávila, R., Roo, J. & Fernández, M. (2018). La salud de los migrantes y los servicios de salud en medicina familiar en Iberoamérica. *Revista Bras Med Farm Comunidade.*
Recuperado de <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/968868/1858-10100-1-pb.pdf>
- Arredondo, A. & Tenorio, Y. (2018). Utilización de los servicios de salud en la población migrante de Estados Unidos. *Revista Horiz. Sanitario.* vol 17 no. 2. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000200089&lang=es

- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1998). Código de la niñez y la adolescencia. Recuperado de <https://pani.go.cr/descargas/codigo/456-codigo-ninez-y-adolescencia-7739/file>
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1973). Ley General de Salud N° 5395. Recuperado de: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=%201&nValor2=6581
- Asamblea Nacional Constituyente de la República de Costa Rica. (1949). Constitución Política de Costa Rica. Recuperado de <https://pdba.georgetown.edu/Parties/CostaRica/Leyes/constitucion.pdf>
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID). (2020). Migrantes en América Latina: disparidades en el acceso de salud y en el acceso a la atención médica. BID.
- Banco Mundial. (2008). Migración Nicaragüense: un análisis con perspectiva de género. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Barrantes, R. (2013). Investigación: Un camino al conocimiento, un enfoque cualitativo, cuantitativo y mixto. Editorial Universidad Estatal a Distancia, San José.
- Barrera, R. (2013). El concepto de la cultura: definiciones, debates y usos sociales. Revista digital de Historia y Ciencias Sociales. No. 343. Recuperado de <http://www.claseshistoria.com/>
- Blyde, J., Cortes, C., Morales, F., Piérola, D. (2020). Los perfiles de los inmigrantes en América Latina y el Caribe desde la perspectiva de la integración económica. Banco Interamericano de Desarrollo. Unidad de Migración. Recuperado de Los perfiles de los inmigrantes en América Latina y el Caribe desde la perspectiva de la integración económica (iadb.org)
- Cabieses, B. & Larenas, D. (2019). Salud de migrantes internacionales en situación irregular: una revisión narrativa de situaciones. *Revista Peru Med Exp Salud*

Pública. Recuperado de <https://www.scielo.org/article/rpmesp/2019.v36n3/487-496/>

Caja Costarricense del Seguro Social. (2021). Memoria institucional 2020. Recuperado de Memoria Institucional 2020 (binasss.sa.cr)

Calderón Gómez, C. (2014). Fernández de Sanmamed Santos MJ. Investigación cualitativa en atención primaria. Atención Primaria. Principios organización y métodos en Medicina de Familia. *Elsevier*, Barcelona. p.223

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. (1986). PROMOCIÓN DE LA SALUD. Recuperado de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf

Castellanos, P. (1990). Los modelos explicativos del proceso salud enfermedad: los determinantes sociales de la salud.

CEPAL. (2002). Las políticas sociales en la perspectiva de los derechos y la justicia. Reunión de expertos: “El impacto de la reforma de pensiones en Colombia sobre la equidad de género”. Recuperado de <https://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/1/11151/delgado.pdf>

Comisión Interamericana de Derechos Humano (CIDH). (2019). Migración Forzada de personas nicaragüenses a Costa Rica. OAS. Documentos oficiales ; OEA/Ser.L/V/II.

Comisión interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2018). Graves violaciones a los derechos humanos en el marco de las protestas sociales en Nicaragua. Recuperado de: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/nicaragua2018-es.pdf>

Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica. (COMISCA). (2019). Lineamientos estratégicos para la atención integral de salud . Antigua Guatemala, Guatemala : COMISCA - SICA.

Cuadra, E. & Samcam, R. (2019). De la represión al exilio. Nicaragüenses en Costa Rica: Caracterización Sociodemográfica, Organizaciones y Agenda de Apoyo. Fundación

Arias para la Paz. Recuperado de De la Represión al Exilio: Nicaragüenses en Costa Rica – Biblioteca Fundación Arias

De la Guardia, A. & Ruvalcaba, J. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of negative & no positive results*. 81-90. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2529-850X2020000100081

Delgado & Córdoba. (2012). Informe comunidades Fronterizas Upala. Ministerio de Vivienda y Asentamiento humano. Recuperado de https://www.mivah.go.cr/Documentos/investigaciones_diagnosticos/diagnosticos_planes_intervencion/2012/UPALA_ALAJUELA/MODELO_PLAN_INTERVENCION_UPALA_FRONTERA

Dirección General de Migración y Extranjería. (2017). Diagnóstico del contexto migratorio de Costa Rica 2017. San José, Costa Rica: Organización Internacional para las Migraciones.

Dirección General de Migración y Extranjería. (2017). Plan Nacional de Integración para Costa Rica 2018 – 2022. Recuperado de <https://www.migracion.go.cr/Documentos%20compartidos/DIH/Plan%20Nacional%20de%20Integraci%C3%B3n%20Costa%20Rica%202018%20-%202022.pdf>

Elías, A., Granada, I., Pombo, C., Rodríguez, M., Tres, J. (2020). Políticas Sociales en Respuesta al Coronavirus. La migración en América Latina y el Caribe ante el impacto del Coronavirus. Banco Interamericano de Desarrollo. Unidad de Migración. Recuperado de [La migración en América Latina y el Caribe ante el impacto del Coronavirus | Publicaciones \(iadb.org\)](#)

Fouratt, C. & Voorend, K. (2019). Esquivando al Estado. Prácticas privadas en el uso de los servicios de salud entre inmigrantes nicaragüenses en Costa Rica. *Anuario de Estudios Centroamericanos*, Universidad de Costa Rica, 45: 373-403. Recuperado [Esquivando al Estado. Prácticas privadas en el uso de los servicios de salud entre inmigrantes nicaragüenses en Costa Rica \(ucr.ac.cr\)](#)

- Fuentes, S. (2017). El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*. Cub; 43:2.
- García, R. (2004). El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS). Recuperado de <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/El%20Sistema%20nacional%20de%20salud%20en%20Costa%20Rica.%20Generalidades.pdf>
- González, P. (2009). Derechos económicos, sociales y culturales. Cátedra Gerardo Molina. Universidad Libre de Colombia. Recuperado de <https://www.corteidh.or.cr/tablas/26759.pdf>
- González-López, J. R., Rodríguez-Gázquez, M. D., & Lomas-Campos, M. d. (2012). Prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas en inmigrantes latinoamericanos adultos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2-8.
- Granada, I., Ortiz, P., Muñoz, F., Saldarriaga, A., Pombo, C., Tamayo, L. (2021). La migración desde una perspectiva de género: ideas operativas para su integración en proyectos de desarrollo. Banco Interamericano de Desarrollo. Unidad de Migración. Recuperado La migración desde una perspectiva de género: Ideas operativas para su integración en proyectos de desarrollo (iadb.org)
- Hernández, F., & Fernández, C. (2010). Baptista. (2010). Metodología de la Investigación, 5.
- Hirmas Adauy M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*. 33(3):223–9.
- Huete García , M. Á. (2011). Los inmigrantes ante las redes de apoyo. Estudio de caso en Sevilla. *Anduli*, 47-68.
- Instituto de Fomento y Asesoría Municipal (IFAM). (2019). Estudio preliminar de flujos migratorios mixtos nicaragüenses abril 2018 - junio 2019. Recuperado de IFAM:

https://programamesocaribe.iom.int/sites/default/files/estudio_preliminar_de_flujos_migratorios_nicaraguenses_0.pdf

Instituto de Fomento y Asesoría Municipal de Costa Rica (IFAM). (2019). Estudio preliminar de flujos migratorios mixtos nicaragüenses abril 2018-junio 2019. Organización Internacional de las Migraciones. Recuperado de https://programamesocaribe.iom.int/sites/default/files/estudio_preliminar_de_flujos_migratorio_nicaraguenses_0.pdf

Instituto de Política Pública en Derechos Humanos & Organización Internacional para las Migraciones (IPPPDH & OIM). (S.f.). Derechos Humanos de personas migrantes. Manual Regional. Recuperado de: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r33203.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2021). Indicadores de pobreza, pobreza por línea de pobreza (LP) o insuficiencia de ingresos.

Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2017). Índice de Desarrollo social Cantonal. Recuperado de <https://documentos.mideplan.go.cr/share/s/T3CmePFRSdCAUc1q50kZQA>

Jiménez, F. (2012). *Elementos de Teoría y Política Macroeconómica para una Economía Abierta*. . Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. . Recuperado de <https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://files.pucp.edu.pe/departamento/economia/LDE-2012-02a.pdf>

López, E. (1999). La fundamentación de los derechos humanos en Angelo Papacchini desde los conceptos de dignidad y reconocimiento. Universidad de Cartagena. Recuperado de <https://repositorio.unicartagena.edu.co/handle/11227/10291>

López-Cisneros, M. A., Alonso Castillo, M. M., Méndez Ruíz, M. D., & Armendáriz García, N. A. (2016). DESCRIPCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE COMPLEMENTOS URBANOS DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN, MÉXICO. *Salud y drogas*, 127-134.

- MIDEPLAN. (2016). Guía para la elaboración de políticas públicas. Recuperado de https://www.inder.go.cr/acerca_del_inder/politicas_publicas/documentos/Guia-de-Elaboracion-de-PP.pdf
- Mora, A. & Guzmán, M. (2018). “Aspectos de la Migración Nicaragüense hacia Costa Rica”. Departamento Centroamericano, México, Panamá, República Dominicana y Haití. Recuperado de: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Aspectos-de-la-migracion-nicaraguense-en-Costa-Rica.pdf>
- Morales-Borrero, C., Borde, E., Eslava-Casteñada, J. C., & Concha-Sánchez, S. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praciológicas. . *Rec. Salud Pública* , 797-808. Recuperado de: <https://scielosp.org/pdf/rsap/2013.v15n6/810-813/es>
- Morera, M. & Aparicio, A. (2010). Determinantes de la utilización de servicios de salud en Costa Rica. *Gac Saint.* 24;5 410-415. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112010000500009
- Muiser, J., Sáenz, MR., Bermúdez, JL. (2011). Sistema de salud de Nicaragua. *Salud pública Méx*, vol.53. Recuperado de Sistema de salud de Nicaragua (scielo.org.mx)
- Municipalidad de Desamparados. (2020). Datos generales del cantón de Desamparados. Recuperado de <https://www.desamparados.go.cr/es/el-canton/datos-generales>
- Municipalidad de Upala. (2020). Datos generales del cantón de Upala. Recuperado de <https://muniupala.go.cr/index.php/nuestro-canton/datos-generales>
- Murillo-Pedrozo, A. M., Agudelo-Suárez, A. A. (2019) La migración sur/sur como un determinante social de impacto en las desigualdades e inequidades en salud bucal en Latinoamérica. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 692-699.

- Organización de los Estados Americanos. (2020). Costa Rica: Caracterización y análisis de las políticas en materia de migración internacional y refugiados. Recuperado de InformeMigrantesCostaRica.pdf (oas.org)
- Organización Internacional para las Migraciones. (2021). Gestión Migratoria y de Salud en Puntos de Entrada. Diagnóstico sobre capacidades y necesidades institucionales en Centroamérica y la República Dominicana. Recuperado de Estudio: Gestión migratoria y de salud en puntos de entrada. (iom.int)
- Organización Internacional para las Migraciones. (OIM). (2019). Ventanillas Informativas sobre Migración. Mesoamérica y el Caribe. San José Costa Rica.: Organización Internacional de las Migraciones.
- Organización Internacional para las Migraciones. (OIM). (2019). Glosario de la OIM sobre Migración. Recuperado de <https://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml-34-glossary-es.pdf>
- Organización Internacional para las Migraciones. (OIM). (2019). Glossary on Migration. International Migration Law. Recuperado de https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf
- Organización Internacional para las Migraciones. (OIM). (2016). Informe Regional sobre Determinantes de la Salud de las Personas Migrantes Retornadas o en Tránsito y sus Familias en Centroamérica. Recuperado de https://saludymigracion.org/es/system/files/repositorio/informe_regional_sobre_determinantes_d_e_la_salud_de_las_personas_migrantes_retornadas_o_en_transito_y_sus_familias_e_n_centroame_rica_0.pdf
- Organización Internacional para las Migraciones. (OIM). (2015). Perfil de la salud de las personas migrantes en Nicaragua. Recuperado de https://saludymigracion.org/es/system/files/repositorio/condicion_de_salud_nicaragua.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2021). Acerca de los sistemas de salud. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/453583778/OMS-Acerca-de-los-sistemas-de-salud>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Determinantes sociales de la salud. Recuperado de https://www.who.int/social_determinants/es/
- Organización Mundial de la Salud (2016). Declaración de Shanghái sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.
Recuperado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Contribución al desarrollo social y económico: la actuación multisectorial sostenible para mejorar la salud y la equidad sanitaria (seguimiento de la Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud).
Recuperado de https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_54-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas, Adelaida 2010. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44391/1/9789243599724_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2000). Promoción de la Salud: Hacia una mayor equidad (Quinta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud).
- Organización Mundial de la Salud. (1997). Sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI (Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud).
- Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. PROMOCIÓN DE LA SALUD. Recuperado de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (2021). Serie Derechos Humanos y Salud. 4. Migración. Un enfoque basado en los derechos humanos. . Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55202>

- Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (2019). Documento de Orientación sobre Migración y Salud. Recuperado de Documento de orientación sobre migración y salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)
- Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (2014). Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2017). Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: Costa Rica: Evaluación y Recomendaciones. Recuperado de https://www.oecd.org/els/health-systems/Estudios-OCDE-sobre-los-Sistemas-de-Salud_Costa-Rica_Evaluaci%C3%B3n-y-Recomendaciones.pdf
- Orozco Vargas , A. E. (2013). Migración y estrés aculturativo: una perspectiva teórica sobre aspectos psicológicos y sociales presentes en los migrantes latinos en Estados Unidos. *NORTEAMÉRICA*, 7-44.
- Pachón Muñoz, W. (2011). Migración forzada y ciudadanía: Una mirada desde la experiencia colombiana . Bogotá: Asociación Latinoamericana de Ciencias Políticas (ALACIP).
- Perea-Caballero, A. L., López-Navarrete, G. E., Perea-Martínez, A., Reyes-Gómez, U., Santiago-Lagunes, L. M., Ríos-Gallardo, P. A., . . . De la Paz-Morales, C. (2019). Importancia de la Actividad Física. *Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco*, 121-125.
- Pérez-Hernández, G., Ehrenberg, N., Gómez-Duarte, I., Cruz, D., Leyns, C., López-Vásquez, J., Perman, G., Ríos, V., Robles, G., Rojas-Araya, K., Sáenz-Madrigal, R., Solís-Calvo, L. (2022). Pilares y líneas de acción para los sistemas de salud integrados y centrados en las personas y las comunidades. *Rev Panam Salud Publica*;46. Recuperado de Pilares y líneas de acción para los sistemas de salud integrados y centrados en las personas y las comunidades (paho.org)
- Piérola, MD. & Rodríguez, M. (2020). Migrantes en América Latina: disparidades en el estado de salud y en el acceso a la atención médica. Banco Interamericano de

Desarrollo. Unidad de Migración. Recuperado de Migrantes en América Latina: Disparidades en el estado de salud y en el acceso a la atención médica | Publicaciones (iadb.org)

Ramos, B. (2000). La nueva salud pública. Revista Cubana de Salud Pública. vol.26 n.2
Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662000000200001

Reglamento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social. (2006).
Reglamento del Seguro Social. Recuperado de:
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=43463&nValor3=0&strTipM=TC

Roca, C., & Balanzó, X. (2006). Enfermedades importadas en inmigrantes: mito y realidad. An. Sist. Sanit. Navar., 139-144.

Rodríguez Artavia, A. (2013). El derecho a la salud en las inmigrantes nicaragüenses: una realidad a medias desde el trato de igualdad al otro. *ENFERMERÍA EN COSTA RICA*, 39-44.

Sáenz MR, Acosta M, Muiser J & Bermúdez JL. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. *Salud Publica Mex* ;53 supl 2: S156-S167.

Selee, A. & Bolter, J. (2020). Bienvenidas asimétricas: Respuestas de América Latina y el Caribe a la migración venezolana y nicaragüense. Migration Policy Institute.
Recuperado de Research: Bienvenidas asimétricas: Respuestas de <https://www.migrationpolicy.org/research/respuestas-de-america-latina-y-el-caribe-migracion-venezolana-nicaraguense>

Siurana, J. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Revista de Filosofía y Teología, núm. 22.
Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2911/291122193005.pdf>

Solar, O., & Irwin, A. (2010, octubre). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Recuperado de

http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf

Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 56 (2): 295-303. Recuperado de PMC2395571.pdf (who.int)

TECHO. (2018). Censo 2018: Crisis Sociopolítica en Nicaragua. Informe censo de personas migrantes en asentamientos populares en San José, a raíz de la crisis sociopolítica en Nicaragua. Recuperado de https://www.techo.org/wp-content/uploads/2019/02/Nicaragua-InformeFinal_Digital-ilovepdf-compressed-1.pdf

Universidad Nacional del Nordeste (UNNE). (2010). Clase social y nivel socioeconómico. *Corrientes*, Corrientes, Argentina.

Vega, J., Solar, O., & Irwin, A. (s.f.). Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. Recuperado de https://issuu.com/sdssalud/docs/equidad_dss_conceptos_basicos

Voorend, K. & Sura-Fonseca, R. (2019). De derechos a hechos. El acceso diferenciado entre nacionales y migrantes nicaragüenses a los servicios de salud en Costa Rica. *Migraciones*, 121-150. Recuperado de <https://repositorio.iis.ucr.ac.cr/handle/123456789/800>

Voorend, K. (2016). El sistema de salud como imán. La incidencia de la población nicaragüense en los servicios de salud costarricenses. *Migraciones en América Central; Política, Territorio y Actores*, 195-216. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/316691177_El_sistema_de_salud_como_iman_La_incidencia_de_la_poblacion_nicaraguense_en_los_servicios_de_salud_costarricenses

Wallace, A. (2019). Crisis en Nicaragua, a un año del inicio de las protestas: "Ortega solo va a ceder cuando la presión nacional e internacional lo pongan en una situación

extrema". BBC NEWS. Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-47964275>

Zurbriggen, C. (2011). Gobernanza: Una mirada desde América Latina. Revista Pórfilos Latinoamericanos. vol.19 no.38. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-76532011000200002

XIV. Anexos

Anexo 1. Guía de entrevista semiestructurada dirigida a personas migrantes



ESP

Escuela de
Salud Pública

Universidad de Costa Rica Facultad de
Medicina Escuela de Salud Pública
Licenciatura en Promoción de la Salud.

Guía de entrevista semiestructurada dirigida a población migrante nicaragüense.

Fecha: _____ Hora: _____ Lugar: _____

Entrevistador: _____

Seudónimo de la persona entrevistada: _____

| | |
|-----------------------|---|
| Saludo y presentación | Mi nombre es Roberto Rodríguez / Wilmer Sancho estudiante de último año de la carrera de promoción de la salud de la Universidad de Costa Rica, de antemano agradecerle por participar en el presente estudio. |
| Descripción | La presente entrevista se enmarca en el estudio de investigación denominado “Acceso a servicios de salud de la población migrante nicaragüense de Upala y Desamparados que ingresó a Costa Rica en el período 2018-2020: un análisis desde los determinantes sociales de la salud”, y posee como principal objetivo recabar información acerca del acceso a servicios de salud de la población migrante nicaragüense de los cantones de Upala y Desamparados. |
| Instrucciones | La entrevista está diseñada para tener una duración máxima de 90 minutos. Se espera que esta entrevista sea una conversación entre el entrevistador y la persona entrevistada. Toda la información recolectada es de carácter anónima y será utilizada únicamente por el equipo de investigadores para fines académicos. |

| Permiso de grabación | Persona entrevistada: Acepta ser grabada por audio /___/ No acepta ser grabada por audio /___/ |
|---|---|
| I. Datos personales de la persona entrevistada: | |
| Edad: /_____/ Sexo: /_____ | |
| Ocupación: _____ | |
| II. Preguntas generales sobre el proceso migratorio | |
| Categoría | Pregunta |
| 1. Motivo de migrar | 1.1 ¿Por qué razón migró o decidió venir a vivir a Costa Rica? |
| III. Determinantes intermedios y estructurales: | |
| 2. Circunstancias materiales | 2.1 ¿Podría describirnos su lugar de habitación? En términos de cantidad de habitaciones, baños sanitarios, materiales de construcción, tipo de cocina, entre otras características. |
| 3. Circunstancias psicosociales | 3.1 ¿Considera usted que vive bajo constantes situaciones de estrés? ¿Por qué? En caso de ser afirmativo: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Podría describirnos lo que para usted sería un día bajo mucho estrés? 3.2 ¿Con quién vive usted en Costa Rica? En caso de que sea afirmativo: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Se siente usted apoyado por estas personas? |
| 4. Cohesión social | 4.1 ¿Pertenece usted a alguna red o grupo de apoyo? En caso de ser afirmativo: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es esta red u organización? |

| | |
|---------------------------------|--|
| | - ¿Qué tipo de servicio o beneficio recibe? |
| 5. Servicios de salud | <p>5.1 ¿Posee usted seguro social?</p> <p>5.2 Cuando usted requiere de servicios de salud, ¿Acude a un servicio de salud público o privado?, ¿Por qué?</p> <p>5.3 ¿Ha hecho uso de los servicios de salud en los últimos dos años? En caso de ser afirmativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué tipo de servicio recibió? - ¿Cómo describiría su experiencia en el servicio? <p>5.4 ¿Recomendaría usted el servicio recibido a otra persona? ¿Por qué?</p> <p>5.5 ¿Ha recibido algún servicio de salud por parte de organizaciones sin fines de lucro, jornadas de salud internacionales, grupos religiosos u otros?</p> |
| IV. Acceso a servicios de salud | |
| 6. Infraestructura | <p>6.1 ¿Cómo eran las condiciones de las instalaciones del centro de salud?</p> <p>6.2 ¿Considera adecuadas las instalaciones del centro de salud al que asiste/asistió? ¿Porqué?</p> |
| 7. Información | <p>7.1 Al momento de asistir al servicio de salud, ¿recibió usted algún tipo de material informativo? En caso de ser afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿De qué trataba esta información? - ¿Considera que la información le fue útil? - ¿Cómo le dieron esta información |
| 8. Cercanía a las instalaciones | <p>8.1 ¿A qué distancia vive del centro de salud más cercano?</p> <p>8.2 ¿Cree usted que la distancia entre su hogar y el centro de salud facilita o representa un obstáculo para asistir a los servicios de salud? ¿Por qué?</p> |
| 9. Conectividad | <p>9.1 ¿Podría describirme la forma en cómo llega usted a las instalaciones del centro de salud más cercano?</p> |

| | |
|-------------------------------|---|
| y tiempo de transporte | 9.2 Aproximadamente, ¿Cuánto tiempo le toma llegar a las instalaciones del centro de salud más cercano? |
| 10. Requisitos de atención | <p>10.1 ¿Qué requisitos le pidieron para poder hacer uso del servicio de salud?</p> <p>10.2 ¿Contaba usted con estos requisitos?</p> <p>En caso de ser negativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Le negaron o recibió el servicio? - ¿Conoce usted los derechos en salud que posee? |
| 11. Horarios y disponibilidad | <p>11.1 ¿Conoce usted los horarios de atención del servicio al que acude/acudió?, En caso de ser afirmativo</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es el horario de atención? - ¿Este horario le facilita o le dificulta utilizar el servicio de salud?, ¿Por qué? |
| 12. Satisfacción del usuario | <p>12.1 ¿Se encuentra usted satisfecho con el servicio que recibe/recibió?</p> <p>12.2 Podría mencionar algunos aspectos positivos de cuando utilizó el servicio</p> <p>12.3 Podría mencionar algunos aspectos negativos de cuando utilizó el servicio</p> |
| 13. Adecuación | 13.1 ¿Cómo fue el trato de las personas que lo atendieron en el servicio? (Incluyendo personal administrativo y personal de salud) |

| | |
|----------------------------|---|
| cultura l | 13.2 ¿Cree usted que su nacionalidad influyó de alguna forma en el servicio que recibe/recibió? ¿Por qué? |
| 14. Privacidad del usuario | 14.1 ¿Cómo considera que fue la privacidad al momento de recibir el servicio? |

Anexo 2. Guía de entrevista semiestructurada a funcionarios de los servicios de salud.



ESP

Escuela de
Salud Pública

Universidad de Costa Rica

Facultad de Medicina

Escuela de Salud Pública

Licenciatura en Promoción de la Salud.

Guía de entrevista semiestructurada dirigida a personal de salud de Upala o Desamparados.

Fecha: _____ Hora: _____ Lugar: _____

Entrevistador: _____

Seudónimo de la persona entrevistada: _____

| | |
|---|---|
| Saludo y presentación | Mi nombre es Roberto Rodríguez / Wilmer Sancho estudiante de último año de la carrera de promoción de la salud de la Universidad de Costa Rica, de antemano agradecerle por participar en el presente estudio. |
| Descripción | La presente entrevista se enmarca en el estudio de investigación denominado “Acceso a servicios de salud de la población migrante nicaragüense de Upala y Desamparados que ingresó a Costa Rica en el período 2018-2020: un análisis desde los determinantes sociales de la salud”, y posee como principal objetivo recabar información acerca del acceso a servicios de salud de la población migrante nicaragüense de los cantones de Upala y Desamparados. |
| Instrucciones | La entrevista está diseñada para tener una duración máxima de 60 minutos. Se espera que esta entrevista sea una conversación entre el entrevistador y la persona entrevistada. Toda la información recolectada es de carácter anónima y será utilizada únicamente por el equipo de investigadores para fines académicos. |
| Permiso de grabación | <p>Persona entrevistada: Acepta ser grabada por audio /___/</p> <p>No acepta ser grabada por audio /___/</p> |
| I. Datos personales de la persona entrevistada: | |
| Edad: /___/ | Sexo: /___/ Lugar: Upala: /___/ Desamparados /___/ |

| Nombre del puesto de trabajo: | |
|---|--|
| II. Preguntas generales acerca del perfil profesional | |
| Categoría | Pregunta |
| 1. Área de trabajo | 1.1 ¿A cuál departamento o área específica de la organización pertenece? |
| 2. Tiempo de trabajo | 2.1 ¿Cuánto tiempo tiene de colaborar en la institución/organización? |
| 3. Funciones de trabajo | 3.1 ¿Cuáles funciones desempeña en la organización? |
| III. Preguntas generales sobre la organización | |
| 4. Recurso humano | 4.1 ¿Cuántas personas trabajan en el servicio de salud? 4.2 ¿considera que este recurso humano es suficiente? |
| 5. Acciones dirigidas a población migrante | 5.1 En la institución/organización en que trabaja, ¿Se realizan acciones dirigidas a personas migrantes nicaragüenses? en caso de ser afirmativa: - ¿Cuáles acciones se dirigen a esta población? |
| 6. Acciones en colaboración con otras organizaciones | 6.1 ¿Se realizan acciones dirigidas a personas migrantes nicaragüenses en colaboración/coordinación con otras instituciones u organizaciones? En caso de ser afirmativa: - ¿Cuáles acciones se llevan a cabo? - ¿En colaboración con cuáles instituciones? |
| 7. Acceso a servicios de | 7.1 ¿Cómo describiría usted el acceso de la población migrante nicaragüense? (En términos de características de la |

| | |
|---|---|
| salud de personas migrantes nicaragüenses. | población, edad, sexo, los servicios a los que acuden con más frecuencia, etc.) |
| 8. Uso de servicios de salud | 8.1 ¿Cómo es el uso de los servicios de la población migrante nicaragüense en comparación a la población costarricense? |
| IV. Preguntas relacionadas al acceso a servicios de salud de las personas migrantes nicaragüenses | |
| 9. Cobertura | 9.1 ¿Cree usted que los servicios de salud cubren a todas las personas migrantes nicaragüenses? Si/no ¿Por qué? 9.2 ¿Cómo es la asistencia a los servicios de vacunación de las personas migrantes nicaragüenses en comparación con las personas costarricenses? |
| 10. Necesidades en salud | 10.1 Desde su visión ¿cuáles cree que son las principales necesidades en salud de la población migrante nicaragüense? (de Upala o Desamparados, según corresponda). |
| 11. Uso de servicios de salud | 11.1 ¿Cuáles son los servicios más utilizados por las personas migrantes nicaragüenses? |
| 12. Frecuencia de uso | 12.1 ¿Qué tan frecuente hace uso de los servicios las personas migrantes nicaragüense? |
| 13. Información | 13.1 Al momento en que una persona migrante nicaragüense hace uso del servicio: ¿Se le brinda algún tipo de material informativo? En caso de ser afirmativo: - ¿De qué trata esta información? |

| | |
|------------------------------------|---|
| <p>14. Elementos barrera</p> | <p>14.1 ¿Cuáles cree usted que son los principales obstáculos para brindar los servicios de salud a las personas migrantes nicaragüenses?, ¿Por qué?</p> <p>14.2 ¿Cómo considera que se puede mejorar el acceso a los servicios de salud de las personas migrantes nicaragüenses?</p> |
| <p>15. Elementos facilitadores</p> | <p>16. ¿Qué elementos cree usted que les permiten a las personas migrantes nicaragüenses acceder de manera más fácil a los servicios de salud? ¿Por qué?</p> |

Anexo 3. Guía de entrevista semiestructurada a funcionarios de los CMM.



Universidad de Costa Rica
 Facultad de Medicina
 Escuela de Salud Pública

Licenciatura en Promoción de la Salud.

Guía de entrevista semiestructurada dirigida a funcionarios de los Centros Municipales para la Migración de Upala o Desamparados.

Fecha: _____ Hora: _____ Lugar: _____

Entrevistador: _____

Seudónimo de la persona entrevistada: _____

| | |
|---|---|
| Saludo y presentación | Mi nombre es Roberto Rodríguez / Wilmer Sancho estudiante de último año de la carrera de promoción de la salud de la Universidad de Costa Rica, de antemano agradecerle por participar en el presente estudio. |
| Descripción | La presente entrevista se enmarca en el estudio de investigación denominado “Acceso a servicios de salud de la población migrante nicaragüense de Upala y Desamparados que ingresó a Costa Rica en el período 2018-2020: un análisis desde los determinantes sociales de la salud”, y posee como principal objetivo recabar información acerca del acceso a servicios de salud de la población migrante nicaragüense de los cantones de Upala y Desamparados. |
| Instrucciones | La entrevista está diseñada para tener una duración máxima de 60 minutos. Se espera que esta entrevista sea una conversación entre el entrevistador y la persona entrevistada. Toda la información recolectada es de carácter anónima y será utilizada únicamente por el equipo de investigadores para fines académicos. |
| Permiso de grabación | Persona entrevistada: Acepta ser grabada por audio /___/ No acepta ser grabada por audio /___/ |
| I. Datos personales de la persona entrevistada: | |

| | | | |
|---------------|---------------|-----------------------|----------------------|
| Edad: /_____/ | Sexo: /_____/ | Lugar: Upala: /_____/ | Desamparados /_____/ |
|---------------|---------------|-----------------------|----------------------|

| Nombre del puesto de trabajo: | |
|---|--|
| V. Preguntas generales acerca del perfil profesional | |
| Categoría | Pregunta |
| 12. Área de trabajo | 12.1 ¿A cuál departamento o área específica de la organización pertenece el CMM? |
| 13. Tiempo de trabajo | 13.1 ¿Cuánto tiempo tiene de colaborar en la institución/organización? |
| 14. Funciones de trabajo | 14.1 ¿Cuáles funciones desempeña en la organización? |
| VI. Preguntas generales sobre la organización | |
| 15. Acciones dirigidas a población migrante | 15.1 En la institución/organización en que trabaja, ¿Se realizan acciones dirigidas a personas migrantes nicaragüenses? en caso de ser afirmativa: - ¿Cuáles acciones se dirigen a esta población? |
| 16. Acciones en colaboración con otras organizaciones | 16.1 ¿Se realizan acciones dirigidas a personas migrantes nicaragüenses en colaboración/coordiación con otras instituciones u organizaciones? En caso de ser afirmativa: - ¿Cuáles acciones se llevan a cabo? - ¿En colaboración con cuáles instituciones? |

VII. Preguntas relacionadas al acceso a servicios de salud de las personas migrantes nicaragüenses

| | |
|-------------------------------|---|
| 17. Cobertura | 17.1 ¿Cree usted que los servicios de salud cubren a las personas migrantes nicaragüenses? Si/no ¿Por qué? |
| 18. Necesidades en salud | 18.1 Desde su visión ¿cuáles cree que son las principales necesidades en salud de la población migrante nicaragüense? (de Upala o Desamparados, según corresponda). |
| 19. Uso de servicios de salud | 19.1 ¿Cuáles son los servicios más utilizados por las personas migrantes nicaragüenses? |
| 20. Información | 20.1 Al momento en que una persona migrante nicaragüense hace uso del servicio: ¿Se le brinda algún tipo de material informativo? En caso de ser afirmativo: - ¿De qué trata esta información? |
| 21. Elementos barrera | 21.1 ¿Cuáles cree usted que son los principales obstáculos para brindar los servicios de salud a las personas migrantes nicaragüenses?, ¿Por qué? |
| 22. Elementos facilitadores | 22.1 ¿Qué elementos cree usted que les permiten a las personas migrantes nicaragüenses acceder de manera más fácil a los servicios de salud? ¿Por qué? |

Anexo 4. Formulario dirigido a personas migrantes

| Formulario dirigido a personas migrantes nicaragüenses. | |
|---|---|
| Saludo y presentación: Mi nombre es Roberto Rodríguez / Wilmer Sancho estudiante de último año de la carrera de promoción de la salud de la Universidad de Costa Rica, de antemano agradecerle por participar en el presente estudio. | |
| Descripción: El presente formulario se enmarca en el estudio de investigación denominado “Acceso a servicios de salud de la población migrante nicaragüense de Upala y Desamparados que ingresó a Costa Rica en el período 2018-2020: un análisis desde los determinantes sociales de la salud”, y posee como principal objetivo recabar información acerca del acceso a servicios de salud de la población migrante nicaragüense de los cantones de Upala y Desamparados. | |
| Instrucciones: A continuación, se le presentarán una serie de preguntas para las cuales deberá escoger la opción que mejor se ajuste a su respuesta o completar la información que se le solicita en los espacios en blanco. Por favor marcar solamente una opción a menos que se le indique marcar varias. En caso de tener alguna consulta puede realizarla a las personas encuestadoras. | |
| Sección I. Aspectos Generales | |
| 1. Edad (en años cumplidos) | / ____ / |
| 2. Sexo | 1. Hombre /__/ 2. Mujer /__/ |
| 3. Lugar de Residencia | / _____ / |
| 4. Nacionalidad | / _____ / |
| 5. Estado civil | 1. /__/ Soltero/a 2. /__/ Casado/a 3. /__/ Separado/a 4. /__/ Divorciado/a 5. / / Viudo/a |
| 6. Estatus migratorio | 7. /__/ Regular (residente) 8. /__/ Regular (nacionalizado) 9. /__/ Irregular 10. /__/ Refugio o Asilo Político 11. / / otro: _____ |
| Sección II. Determinantes estructurales. | |

| | |
|--|--|
| 6. De las siguientes opciones, ¿En cuál rango de ingreso se ubican sus ingresos? | 1. / ___ / Menos de ₡208 000 2. / ___ / ₡209 000 - ₡457 000 3. / ___ / ₡458 000 – 743 000 4. / ___ / 744 000 – 1 128 000 5. / ___ / ₡1 129 000 o más. |
| 7. ¿Cuál fue el grado máximo de escolaridad que alcanzó? | 1. / ___ / Primaria incompleta 2. / ___ / Primaria completa 3. / ___ / Secundaria incompleta 4. / ___ / Secundaria completa 5. / ___ / Técnico 6. / ___ / Universidad incompleta 7. / ___ / Universidad completa |
| 8. ¿A qué se dedica? | / _____ / _____/ |
| 9. ¿En qué mes y año ingresó a Costa Rica? | Año: 2018 /___/ 2019 /___/ 2020 /___/ Mes: /_____ / |
| Sección III. Determinantes Intermedios. | |
| 1. ¿La casa en que usted vive es? | /___/ Propia por compra totalmente pagada. /___/ Propia por compra con pagos pendientes. /___/ En alquiler /___/ Cedida |
| 2. ¿Cuántas personas viven con usted en la casa? | /_____/ |
| 3. ¿Cuántas habitaciones tiene la casa? | /_____/ |
| 4. ¿Cuántos baños tiene la casa? | /_____/ |
| 5. ¿Padece usted alguna de estas enfermedades? | /___/ Diabetes /___/ Hipertensión |

| | |
|---|---|
| | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / Cáncer, especifique: _____ <input type="checkbox"/> / Asma <input type="checkbox"/> / Otro, especifique: |
| 6. ¿Consumes tabaco? En caso de que su respuesta sea “No” pasar a la pregunta 8. | <input type="checkbox"/> / Sí <input type="checkbox"/> / No |
| 7. ¿Con qué frecuencia consumes tabaco? | <input type="checkbox"/> / 1-2 días por semana <input type="checkbox"/> / 3-4 días por semana <input type="checkbox"/> / 5-6 días por semana <input type="checkbox"/> / todos los días |
| 8. ¿Consumes alcohol? En caso de responder “No” pasar a la pregunta 10. | <input type="checkbox"/> / Sí <input type="checkbox"/> / No |
| 9. ¿Cada cuánto tiempo consumes alcohol? | <input type="checkbox"/> / 1-2 días por semana <input type="checkbox"/> / 3-4 días por semana <input type="checkbox"/> / 5-6 días por semana <input type="checkbox"/> / todos los días |
| 10. ¿Realiza usted ejercicio, actividad física o un deporte? En caso de que su respuesta sea “No” pasar a la pregunta 12. | <input type="checkbox"/> / Sí <input type="checkbox"/> / No |
| 11. ¿Cuántos días por semana practica ejercicio, actividad física o deporte? | <input type="checkbox"/> / 1-2 días por semana <input type="checkbox"/> / 3-4 días por semana <input type="checkbox"/> / 5-6 días por semana <input type="checkbox"/> / todos los días |
| 12. ¿Cuándo usted se enferma o tiene que ir a una clínica u Hospital, a qué tipo de servicio acude? | <input type="checkbox"/> / Servicio Público (Caja Costarricense de Seguridad Social) <input type="checkbox"/> / Servicio privado <input type="checkbox"/> / otro, especifique: |

Anexo 5. Cuadro de operacionalización de objetivos

Cuadro 1. Operacionalización del objetivo específico 1.

| Objetivo específico 1. Caracterizar a las personas migrantes nicaragüenses que asisten a los Centros Municipales para Migrantes de Upala y Desamparados desde el modelo de “Desigualdades en Salud”. | | | | | |
|---|-----------------------------|--------------------|--|---|---|
| Definición de determinantes sociales de la salud: “Las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (OMS, 2020). | | | | | |
| Definición operativa: Las diversas condiciones de vida que poseen los usuarios de los Centros Municipales para Migrantes de Upala y Desamparados. | | | | | |
| Dimensión | Subdimensión I | Subdimensión II | Indicador o Pregunta | Técnica | Población |
| Determinantes sociales de la salud | Determinantes estructurales | Políticas sociales | Políticas sociales orientadas a población migrante nicaragüense. | Revisión bibliográfica Consulta a expertos | Profesionales expertos en las temáticas |
| | | Políticas públicas | Políticas públicas en salud orientadas a población migrante nicaragüense. | | |
| | | Ingreso | ¿En cuál de los siguientes rangos se encuentra su ingreso mensual? | Encuesta | Personas migrantes nicaragüenses |
| | | Educación | ¿Cuál fue el grado máximo de escolaridad que alcanzó? | | |
| | | Ocupación | ¿A qué se dedica? | | |
| | | Clase Social | A partir de las respuestas del ítem de ingreso se estima la línea base de pobreza establecida por el INEC para clasificar a la persona en pobreza, pobreza extrema o ninguna de estas. | Revisión bibliográfica | |

| | | | | | |
|--|---------------------------|------------------------------|--|-----------------------------|--|
| | | Estatus migratorio | <p>¿Cuál es su nacionalidad?</p> <p>¿En qué mes y año ingresó a Costa Rica?</p> <p>¿Cuál es su estatus migratorio actual?</p> | Encuesta | |
| | | | ¿Por qué razón migró o decidió venir a vivir a Costa Rica? | Entrevista Semiestructurada | |
| | Determinantes intermedios | Circunstancias materiales | <p>La casa en que usted vive es... (propia, alquilada, cedida)</p> <p>¿Cuántas personas viven con usted en la casa?</p> <p>¿Cuántas habitaciones tiene la casa?</p> <p>¿Cuántos baños tiene la casa?</p> <p>¿De qué material es la mayor parte de la vivienda?</p> | Encuesta | |
| | | | ¿Podría describirnos su lugar de habitación? En términos de cantidad de habitaciones, baños sanitarios, materiales de construcción, tipo de cocina, entre otras características. | Entrevista Semiestructurada | |
| | | Circunstancias psicosociales | <p>¿Considera usted que vive bajo constantes situaciones de estrés?</p> <p>En caso de ser afirmativo:</p> | Entrevista Semiestructurada | |

| | | | | | |
|--|--|------------------------------------|---|----------|--|
| | | | <p>¿Podría describirnos lo que para usted sería un día bajo mucho estrés?</p> <p>¿Con quién vive usted en Costa Rica?</p> <p>En caso de que sea afirmativo: ¿Se siente usted apoyado por esta persona(as)?</p> <p>Estado civil</p> | Encuesta | |
| | | Factores conductuales y biológicos | <p>¿Cuál es su sexo?</p> <p>¿Cuál es su edad?</p> <p>¿Padece usted alguna de estas enfermedades?</p> <p>¿Consume tabaco?</p> <p>¿Con qué frecuencia consume tabaco?</p> <p>¿Consume alcohol?</p> <p>¿Con qué frecuencia consume alcohol?</p> <p>¿Realiza usted ejercicio, actividad física o un deporte?</p> <p>¿Cuántos días por semana practica ejercicio, actividad física o deporte?</p> <p>¿Cuándo usted se enferma o tiene que ir a una clínica</p> | Encuesta | |

| | | | | |
|--|--|---------------------|---|-----------------------------|
| | | | u Hospital, a qué tipo de servicio acude? | |
| | | El sistema de salud | <p>Cuando usted requiere de servicios de salud, ¿Acude a un servicio de salud público o privado?</p> <p>¿Posee usted seguro social?</p> <p>¿Ha hecho uso de los servicios de salud en los últimos dos años?</p> <p>¿Qué tipo de servicio recibió?</p> <p>¿Cómo describiría su experiencia en el servicio?</p> <p>¿Recomendaría usted el servicio recibido a otra persona?</p> <p>¿Ha recibido algún servicio de salud por parte de organizaciones sin fines de lucro, jornadas de salud internacionales, grupos religiosos u otros?</p> | Entrevista Semiestructurada |
| | | Cohesión social | <p>¿Pertenece usted a alguna red o grupo de apoyo?</p> <p>¿Cuál es esta red u organización?</p> <p>¿Qué tipo de servicio o beneficio recibe?</p> | |

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 2. Operacionalización del objetivo específico 2.

| Objetivo específico 2. Identificar las barreras y facilitadores del acceso a servicios de salud de las personas migrantes nicaragüenses que asisten a los Centros Municipales para Migrantes de Upala y Desamparados a partir del modelo “Cobertura Efectiva”. | | | | | |
|---|-----------------------|------------------------|---|--------------------------------|--|
| Definición de barreras y facilitadores de acceso a servicios de salud: “Los diferentes determinantes que afectan o facilitan el acceso y la utilización de los servicios de salud” (Agudelo-Suárez et al.,2014) | | | | | |
| Definición operativa: Aquellas variables que facilitan o impiden la participación de individuos en los servicios de salud. | | | | | |
| Dimensión | Subdimensión I | Subdimensión II | Indicador o Pregunta | Técnica | Población |
| Barreras y facilitadores | Disponibilidad | Infraestructura | ¿Cómo eran las condiciones de las instalaciones del centro de salud? ¿Considera adecuadas las instalaciones del centro de salud al que asiste/asistió? | Entrevista Semiestructurada | Personas migrantes nicaragüenses de Upala y Desamparados |
| | | Recurso | ¿Cuántas personas trabajan en el servicio de salud? ¿Considera que este recurso humano es suficiente? | Entrevista Semiestructurada | Profesionales del área de la salud |
| | | Información | ¿Recibió usted algún tipo de material informativo? ¿De qué trataba esta información? ¿Considera que la información le fue útil? ¿Cómo le dieron esta información? | Entrevista Semiestructurada | Personas migrantes nicaragüenses de Upala y Desamparados |
| | | | Al momento en que una persona migrante nicaragüense hace uso del servicio, ¿Se le brinda algún tipo de material informativo? En caso de ser afirmativo, generalmente ¿De qué trata esta información? | Entrevista Semiestructurada | Profesionales del área de la salud Funcionarios del CMM |

| | | | | |
|----------------------------|-----------------------------|---|--------------------------------|--|
| Accesibilidad | Cercanía al centro | <p>¿A qué distancia vive del centro de salud más cercano?</p> <p>¿Cree usted que la distancia entre su hogar y el centro de salud facilita o representa un obstáculo para asistir a los servicios de salud?</p> | Entrevista Semiestructurada | Personas migrantes nicaragüenses de Upala y Desamparados |
| | Conectividad | ¿Podría describirme la forma en cómo llega usted a las instalaciones del centro de salud más cercano? | Entrevista Semiestructurada | Población migrante nicaragüense de Upala y Desamparados |
| | Tiempo de transporte | Aproximadamente, ¿Cuánto tiempo le toma llegar a las instalaciones del centro de salud más cercano? | Entrevista Semiestructurada | Población migrante nicaragüense de Upala y Desamparados |
| | Requisitos para la atención | <p>¿Qué requisitos le pidieron para poder hacer uso del servicio de salud?</p> <p>¿Contaba usted con estos requisitos?</p> <p>En caso de ser negativo: ¿Le negaron o recibió el servicio?</p> | Entrevista Semiestructurada | Población migrante nicaragüense de Upala y Desamparados |
| | Horarios de atención | <p>¿Conoce usted los horarios de atención del servicio al que acude/acudió?</p> <p>En caso de ser afirmativo ¿Cuál es el horario de atención?</p> <p>¿Este horario le facilita o le dificulta utilizar el servicio de salud?</p> | Entrevista Semiestructurada | Personas migrantes nicaragüenses de Upala y Desamparados |
| Aceptabilidad del servicio | Satisfacción en el servicio | <p>¿Se encuentra usted satisfecho con el servicio que recibe/recibió?</p> <p>Podría mencionar algunos aspectos positivos de cuando utilizó el servicio.</p> <p>Podría mencionar algunos aspectos negativos de cuando utilizó el servicio.</p> | Entrevista Semiestructurada | Personas migrantes nicaragüenses de Upala y Desamparados |
| | Adecuación cultural | ¿Cómo fue el trato de las personas que lo atendieron en el servicio? | Entrevista Semiestructurada | Personas migrantes nicaragüenses de Upala y Desamparados |

| | | | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|--|--------------------------------|---|
| | | | ¿Cree usted que su nacionalidad influyó de alguna forma en el servicio que recibe/recibió? | | |
| | | Privacidad | ¿Cómo considera que fue la privacidad al momento de recibir el servicio? | Entrevista Semiestructurada | Personas migrantes nicaragüenses de Upala y Desamparados |
| | Contacto con el servicio | Población meta | <p>En la institución/organización en que trabaja, ¿Se realizan acciones dirigidas a población migrante nicaragüense? en caso de ser positiva: ¿Cuáles acciones se dirigen a esta población?</p> <p>¿Estas acciones se llevan a cabo en colaboración con otras instituciones/organizaciones?</p> <p>En caso de que la respuesta de la anterior pregunta sea afirmativa, ¿Cuáles instituciones? y ¿Cuáles acciones específicamente?</p> <p>¿Cómo describiría usted el acceso de la población migrante nicaragüense? (En términos de características de la población, edad, sexo, los servicios a los que acuden con más frecuencia, etc.)</p> <p>¿Cómo es el uso de los servicios de la población migrante nicaragüense en comparación a la población costarricense?</p> | Entrevista Semiestructurada | <p>Profesionales del área de la salud</p> <p>Funcionarios del CMM</p> |
| | | Cobertura de los servicios | <p>¿Cree usted que los servicios de salud cubren a las personas migrantes nicaragüenses?</p> <p>¿Cómo es la asistencia a los servicios de vacunación de las personas migrantes nicaragüenses en comparación con las personas costarricenses?</p> | Entrevista Semiestructurada | <p>Profesionales del área de la salud</p> <p>Funcionarios del CMM</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | <p>Desde su visión ¿cuáles cree que son las principales necesidades en salud de la población migrante nicaragüense? (de Upala o desamparados, según corresponda).</p> <p>¿Cuáles son los servicios más utilizados por las personas migrantes nicaragüenses?</p> <p>¿Qué tan frecuente hace uso de los servicios las personas migrantes nicaragüense?</p> <p>¿Cuáles cree usted que son los principales obstáculos para brindar los servicios de salud a las personas migrantes nicaragüenses?</p> <p>¿Qué elementos cree usted que les permiten a las personas migrantes nicaragüenses acceder de manera más fácil a los servicios de salud?</p> | | |
|--|--|--|--|--|--|

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 3. Operacionalización del objetivo específico 3.

| <p>Objetivo específico 3. Integrar los resultados de la caracterización de las personas migrantes nicaragüenses de Upala y Desamparados a las barreras y elementos facilitadores identificados para el fortalecimiento del acceso a los servicios de salud.</p> | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| <p>Definición operativa de caracterización: Las diversas condiciones de vida que poseen los usuarios de los servicios de salud.</p> | | | | | |
| <p>Definición operativa de barreras y facilitadores: Aquellas variables que facilitan o impiden la participación de individuos en los servicios de salud.</p> | | | | | |
| <p>Definición de integración: Acto de unir, incorporar y/o entrelazar partes para que formen parte de un todo.</p> | | | | | |
| <p>Definición operativa: Relacionar los resultados del objetivo 1 y 2 a partir del modelo de “Desigualdades en Salud” para establecer recomendaciones desde promoción de la salud que permitan mejorar etapas o momentos claves como la identificación de necesidades, el inicio y la continuidad de la atención y la capacidad resolutive.</p> | | | | | |
| Dimensión | Subdimensión 1 | Subdimensión 2 | Indicador o pregunta | Técnica | Población |
| Barreras y facilitadores integrados a los determinantes sociales de la salud. | Barreras y facilitadores integrados a los determinantes estructurales. | Barreras y facilitadores determinados por la gobernanza. | Relación existente entre las barreras y facilitadores y el determinante de la gobernanza. Recomendaciones establecidas desde promoción de la salud. | Análisis de resultados de los objetivos 1 y 2. Revisión bibliográfica. Consulta a expertos. | Comunidad científica y organizaciones que conforman el sistema de salud. |
| | | Barreras y facilitadores determinados por la política macroeconómica. | Relación existente entre las barreras y facilitadores y el determinante de política macroeconómica. | | |

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| | | | Recomendaciones establecidas desde promoción de la salud. | | |
| | | Barreras y facilitadores determinados por políticas sociales. | Relación existente entre las barreras y facilitadores y el determinante de políticas sociales. Recomendaciones establecidas desde promoción de la salud. | | |
| | | Barreras y facilitadores determinados por políticas públicas. | Relación existente entre las barreras y facilitadores y el determinante de políticas públicas. Recomendaciones establecidas desde promoción de la salud. | | |
| | | Barreras y facilitadores determinados por la cultura y valores. | Relación existente entre las barreras y facilitadores y el determinante de cultura y valores. Recomendaciones establecidas desde promoción de la salud. | | |
| | | Barreras y facilitadores determinados por el ingreso. | Relación existente entre las barreras y facilitadores y el determinante de ingreso. | | |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| | | | Recomendaciones establecidas desde promoción de la salud. | | |
| | | Barreras y facilitadores determinados por la educación. | Relación existente entre las barreras y facilitadores y el determinante de la educación. Recomendaciones establecidas desde promoción de la salud. | | |
| | | Barreras y facilitadores determinados por la ocupación. | Relación existente entre las barreras y facilitadores y el determinante de la ocupación. Recomendaciones establecidas desde promoción de la salud. | | |
| | | Barreras y facilitadores determinados por la clase social. | Relación existente entre las barreras y facilitadores y el determinante de la clase social. Recomendaciones establecidas desde promoción de la salud. | | |
| | | Barreras y facilitadores determinados por el género. | Relación existente entre las barreras y facilitadores y el determinante del género. Recomendaciones establecidas desde | | |

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| | | | promoción de la salud. | | |
| | | Barreras y facilitadores determinados por la etnia. | Relación existente entre las barreras y facilitadores y el determinante de la etnia. Recomendaciones establecidas desde promoción de la salud. | | |
| Barreras y facilitadores integrados a los determinantes intermedios. | | Barreras y facilitadores determinados por las circunstancias materiales. | Relación existente entre las barreras y facilitadores y el determinante de las circunstancias materiales. Recomendaciones establecidas desde promoción de la salud. | | |
| | | Barreras y facilitadores determinados por las circunstancias psicosociales. | Relación existente entre las barreras y facilitadores y el determinante de las circunstancias psicosociales. Recomendaciones establecidas desde promoción de la salud. | | |
| | | Barreras y facilitadores determinados por los factores conductuales y biológicos. | Relación existente entre las barreras y facilitadores y el determinante de factores conductuales y biológicos. Recomendaciones establecidas desde | | |

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|
| | | | promoción de la salud. | | |
| | | Barreras y facilitadores determinados por el sistema de salud. | Relación existente entre las barreras y facilitadores y el determinante del sistema de salud. Recomendaciones establecidas desde promoción de la salud. | | |
| | | Barreras y facilitadores determinados por la cohesión social. | Relación existente entre las barreras y facilitadores y el determinante de la cohesión social. Recomendaciones establecidas desde promoción de la salud. | | |

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 6. Lista de códigos utilizados en el proceso de codificación de formularios

| Código | Significado |
|----------------|--|
| Cod_form | Código asignado al formulario |
| Lugar_campo | Cantón donde se aplicó el instrumento |
| Edad | Edad en años cumplidos de la persona participante |
| Sexo | Sexo auto percibido de la persona participante |
| Lug_resi | Lugar de residencia de la persona participante |
| Pais_ori | País de origen de la persona participante |
| Est_civil | Estado civil de la persona participante |
| Ran_ingreso | Rango de ingresos económicos mensuales |
| Com_ingreso | Comentarios sobre rangos de ingreso |
| Escolar | Grado de escolaridad de la persona participante |
| Prof_oficio | Ocupación de la persona participante |
| Ingreso_crmes | Mes de ingreso a Costa Rica |
| Ingreso_craño | Año de ingreso a Costa Rica |
| Estado_casa | Estado de la vivienda |
| Casa_com | Comentarios de estado de la vivienda |
| Perso_casa | Cantidad de personas que habitan en la vivienda |
| Hab_casa | Cantidad de habitaciones que posee la vivienda |
| Enferme | Enfermedades no transmisibles que padece la persona |
| Com_enferme | Comentarios sobre enfermedades no transmisibles |
| Consu_tabaco | Consumo de tabaco |
| Frec_tabaco | Frecuencia de consumo de tabaco |
| Consu_alcohol | Consumo de alcohol |
| Frec_alcohol | Frecuencia de consumo de alcohol |
| Act_fisica | Práctica de actividad física |
| Frec_actfisica | Frecuencia de práctica de actividad física |
| Servi_salud | Servicio de salud al que normalmente asiste la persona |
| Servi_especi | Comentarios sobre los servicios de salud |

| | |
|----------------|--|
| *Cat_ocupación | |
|----------------|--|

Nota: (*) código emergente.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Anexo 7. Lista de códigos utilizados en el proceso de codificación de entrevistas

| Código | Significado |
|---------------------|--|
| Infra_servicio | Infraestructura del servicio de salud |
| Rec_hum | Recurso Humano del servicio de salud |
| Info_servicio | Información brindada en el servicio de salud |
| Cerca_servicio | Distancia entre el hogar y el servicio de salud más cercano |
| Conect_servicio | Forma en que se moviliza a los servicios de salud |
| Tiempo_trans | Tiempo aproximado de transporte del hogar al servicio de salud |
| Requi_servicio | Requisitos para la atención |
| Horario_servicio | Horario de los servicios de salud |
| Satis_servicio | Percepción de satisfacción en la atención recibida |
| Adec_cultural | Adecuación cultural |
| Privacidad_servicio | Privacidad percibida al momento de recibir el servicio |
| Pob_meta | Población meta del servicio de salud |
| Cob_servicios | Cobertura del servicio de salud |
| *Xeno_servicio | Xenofobia o trato diferenciado percibido |

Nota: (*) código emergente.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Anexo 8. Consentimiento informado dirigido a personas migrantes



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

Escuela de Salud Pública

FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA LEY N° 9234 “LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA” y EL “REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS”.

Título del estudio: Acceso a servicios de salud de las personas migrantes nicaragüenses de Upala y Desamparados que ingresaron a Costa Rica en el período 2018-2020: un análisis desde los determinantes sociales de la salud.

Nombre de los investigadores: _____

Nombre del/la participante: _____

Medios para contactar a la/ al participante: número de teléfono _____

Correo electrónico _____

Contacto a través de otra persona _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO

El presente estudio pertenece a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica e involucra una investigación que se encuentra a cargo de los profesionales en promoción de la salud Roberto Rodríguez Castillo cédula 1-1664-0673 y Wilmer Sancho Rojas cédula 2-0770-0249. Este estudio de investigación pretende establecer recomendaciones para fortalecer el acceso a servicios de salud de las personas migrantes nicaragüenses a partir de la identificación de

dificultades y facilidades que poseen las personas migrantes nicaragüense de los cantones de Upala y Desamparados para acceder a los servicios de salud de estos cantones. Los participantes del estudio serán personas migrantes nicaragüenses mayores de 18 años de los cantones de Upala y Desamparados que ingresaron a Costa Rica a partir del año 2018, funcionarios de los Centros Municipales para la Migración de los cantones de Upala y Desamparados y funcionarios de los servicios de salud de los cantones de Upala y Desamparados.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?

Para lograr la finalidad del presente estudio de investigación es muy importante contar con su participación, la cual consiste en colaborar completando un formulario de 35 preguntas que reúne información de carácter personal relacionada al acceso a servicios de salud que ha tenido en los cantones de Upala o Desamparados. Se estima que la duración para completar este formulario es de 15 a 30 minutos.

Posteriormente, se le solicita colaborar con una entrevista que pretende recolectar más información de carácter personal relacionada al acceso a servicios de salud que ha tenido en los cantones de Upala o Desamparados. Se estima que la duración de la entrevista será de 40 a 60 minutos.

Una vez aceptada la participación en el presente estudio es importante señalar que se compromete a cumplir los siguientes puntos:

- Ser respetuosos (no ofender a nadie, evitar emitir juicios de valor, no alzar la voz de manera ofensiva) durante la aplicación de los instrumentos y técnicas de recolección de información.
- Responder con la mayor sinceridad posible los contenidos del formulario.
- No guardarse ninguna duda en relación con el estudio de investigación.

Es importante señalar que la información recolectada a través de los formularios y la entrevista será ingresada a una base de datos para su respectivo análisis y una vez concluido el estudio de investigación la información recolectada será destruida.

Finalmente, hay que mencionar que a partir de la finalización del estudio de investigación se coordinará una reunión con los diferentes participantes del estudio, con la finalidad de llevar a

cabo una devolución de resultados obtenidos a partir de la recolección y análisis de la información brindada.

C. RIESGOS

A partir de su participación en el presente estudio de investigación existe la posibilidad de que se manifiesten los siguientes riesgos:

- Incomodidad en la participación debido a la indagación de datos de carácter personal.

Es importante señalar que se han establecido medidas de respuesta para minimizar los riesgos mencionados, las cuales son:

- En caso de llegar a sentir cansancio, incomodidad o ansiedad, favor comunicarlo de inmediato al investigador.
- Posibilidad de abandonar el estudio de investigación cuando así lo desee.
- Posibilidad de no contestar preguntas que no desea contestar.
- Posibilidad de establecer un descanso en medio de su participación.

D. BENEFICIOS

En este apartado es importante señalar que no se obtendrá ninguna remuneración económica o beneficio directo por su participación en el presente estudio. No obstante, el estudio pretende generar los siguientes beneficios para la sociedad:

- Conocer insumos para mejorar el acceso a servicios de salud de la población migrante nicaragüense.
- Conocer insumos para mejorar la atención de la población migrante nicaragüense en los servicios de salud de los cantones de Upala y Desamparados.
- Conocer insumos para mejorar el servicio de los CCM de los cantones de Upala y Desamparados.
- Conocer insumos para abrir el camino a nuevas investigaciones que busquen beneficiar a la población migrante nicaragüense.

Estos beneficios se verán reflejados en los resultados del estudio de investigación, los cuales se comunicarán en la devolución de resultados mencionada anteriormente.

E. VOLUNTARIEDAD

Como parte de los compromisos éticos y bioéticos asumidos por los investigadores es importante destacar que su participación en el presente estudio de investigación es completamente voluntaria y se encuentra en el derecho de negarse a participar o abandonar su participación cuando así lo desee, además, la negación o abandono de su participación no tendrá ninguna consecuencia.

F. CONFIDENCIALIDAD

Es importante señalar que en el presente estudio se respetará en todo momento la confidencialidad de la información brindada durante su participación, para ello se garantiza el anonimato de la información recolectada y será únicamente identificada por medio de códigos, así mismo el acceso a esta información será únicamente para los investigadores a cargo Roberto Rodríguez Castillo y Wilmer Sancho Rojas y la directora del estudio de investigación, Dra. Ingrid Gómez Duarte. En lo que respecta a los resultados de la investigación prevalecerá la condición de anonimato y los participantes podrán acceder a esta información por medio de la devolución de resultados mencionada anteriormente.

Finalmente, resaltar que la confidencialidad se encuentra limitada por lo dispuesto en la legislación costarricense, por lo tanto, situaciones como ciertas enfermedades o cualquier indicio de maltrato o abandono infantil deberá ser informado.

G. INFORMACIÓN

Es importante señalar que antes de dar su autorización debe haber hablado con los profesionales responsables de la investigación y estos deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y de sus derechos.

Resaltar que, si desea más información más adelante, puede obtenerla llamando a los investigadores responsables, Roberto Rodríguez Castillo al teléfono 506 7104 4271 en el horario de lunes a viernes de 8am a 4pm o por correo electrónico a la dirección roberto_1296@outlook.com, o bien a Wilmer Sancho Rojas al teléfono 506 8708 5858 en el horario de lunes a viernes de 8 am a 4pm o por correo electrónico a la dirección wilmersancho@gmail.com. Además, puede comunicarse con la directora del estudio de investigación, Dra. Ingrid Gómez Duarte al teléfono 506 8308 8079 en el horario de lunes a viernes de 8am a 4pm o por correo electrónico a la dirección ingridgomezcr@yahoo.com, o bien a la

Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica al teléfono 506 2511 8488. Cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica *a los teléfonos 506 2511-4201, 506 2511-1398*, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Finalmente, hay que indicar que el participante no perderá ningún derecho al firmar este documento y se le brindará una copia del mismo.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

*Este documento debe de ser autorizado en todas las hojas mediante la firma, (o en su defecto con la huella digital), de la persona que será participante o de su representante legal.

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del padre/madre/representante legal (menores de edad)

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la investigador/a que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la testigo

Lugar, fecha, hora

Anexo 9. Consentimiento informado dirigido a funcionarios de los servicios de salud y de Centros Municipales para Migrantes



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

Escuela de Salud Pública

FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA LEY N° 9234 “LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA” y EL “REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS”.

Título del estudio: Acceso a servicios de salud de las personas migrantes nicaragüenses de Upala y Desamparados que ingresaron a Costa Rica en el período 2018-2020: un análisis desde los determinantes sociales de la salud.

Nombre de los investigadores principales: _____

Nombre del/la participante: _____

Medios para contactar a la/al participante: números de teléfono _____

Correo electrónico _____

Contacto a través de otra persona _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO

El presente estudio pertenece a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica e involucra una investigación que se encuentra a cargo de los profesionales en promoción de la salud Roberto Rodríguez Castillo cédula 1-1664-0673 y Wilmer Sancho Rojas cédula 2-0770-0249. Este estudio de investigación pretende establecer recomendaciones para fortalecer el acceso a servicios de salud de las personas migrantes nicaragüenses, a partir de la identificación de dificultades y facilidades que poseen las personas migrantes nicaragüense de los cantones de Upala

y Desamparados para acceder a los servicios de salud de estos cantones. Los participantes del estudio serán personas migrantes nicaragüenses mayores de 18 años de los cantones de Upala y Desamparados que ingresaron a Costa Rica a partir del año 2018, funcionarios de los Centros Municipales para la Migración de los cantones de Upala y Desamparados y funcionarios de los servicios de salud de los cantones de Upala y Desamparados.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?

Para lograr la finalidad del presente estudio de investigación es muy importante contar con su participación, la cual consiste en colaborar con una entrevista que pretende recolectar información relacionada al acceso a servicios de salud que tienen las personas migrantes nicaragüenses de los cantones de Upala o Desamparados. Se estima que la duración de la entrevista será de 40 a 60 minutos y se solicita su permiso para llevar a cabo una grabación de voz de la entrevista que permita facilitar el manejo de la información.

Una vez aceptada la participación en el presente estudio es importante señalar que se compromete a cumplir los siguientes puntos:

- Ser respetuosos (no ofender a nadie, evitar emitir juicios de valor, no alzar la voz de manera ofensiva) durante la aplicación de los instrumentos y técnicas de recolección de información.
- Responder con la mayor sinceridad posible los contenidos del formulario.
- No guardarse ninguna duda en relación con el estudio de investigación.

Es importante señalar que la información recolectada a través de la entrevista será ingresada a una base de datos para su respectivo análisis y una vez concluido el estudio de investigación la información recolectada será destruida.

Finalmente, hay que mencionar que a partir de la finalización del estudio de investigación se coordinará una reunión con los diferentes participantes del estudio, con la finalidad de llevar a cabo una devolución de resultados obtenidos a partir de la recolección y análisis de la información brindada.

C. RIESGOS

A partir de su participación en el presente estudio de investigación existe la posibilidad de que se manifiesten los siguientes riesgos:

- Incomodidad en la participación debido a la indagación de datos de carácter personal.

Es importante señalar que se han establecido medidas de respuesta para minimizar los riesgos mencionados, las cuales son:

- En caso de llegar a sentir cansancio, incomodidad o ansiedad, favor comunicarlo de inmediato al investigador.
- Posibilidad de abandonar el estudio de investigación cuando así lo desee.
- Posibilidad de no contestar preguntas que no desea contestar.
- Posibilidad de establecer un descanso en medio de su participación.

D. BENEFICIOS

En este apartado es importante señalar que no se obtendrá ninguna remuneración económica o beneficio directo por su participación en el presente estudio. No obstante, el estudio pretende generar los siguientes beneficios para la sociedad:

- Conocer insumos para mejorar el acceso a servicios de salud de la población migrante nicaragüense.
- Conocer insumos para mejorar la atención de la población migrante nicaragüense en los servicios de salud de los cantones de Upala y Desamparados.
- Conocer insumos para mejorar el servicio de los CCM de los cantones de Upala y Desamparados.
- Conocer insumos para abrir el camino a nuevas investigaciones que busquen beneficiar a la población migrante nicaragüense.

Estos beneficios se verán reflejados en los resultados del estudio de investigación, los cuales se comunicarán en la devolución de resultados mencionada anteriormente.

E. VOLUNTARIEDAD

Como parte de los compromisos éticos y bioéticos asumidos por los investigadores es importante destacar que su participación en el presente estudio de investigación es completamente voluntaria y se encuentra en el derecho de negarse a participar o abandonar su participación cuando así lo desee, además, la negación o abandono de su participación no tendrá ninguna consecuencia.

F. CONFIDENCIALIDAD

Es importante señalar que en el presente estudio se respetará en todo momento la confidencialidad de la información brindada durante su participación, para ello se garantiza el anonimato de la información recolectada y será únicamente identificada por medio de códigos, así mismo el acceso a esta información será únicamente para los investigadores a cargo Roberto Rodríguez Castillo y Wilmer Sancho Rojas y la directora del estudio de investigación, Dra. Ingrid Gómez Duarte. En lo que respecta a los resultados de la investigación prevalecerá la condición de anonimato y los participantes podrán acceder a esta información por medio de la devolución de resultados mencionada anteriormente.

Finalmente, resaltar que la confidencialidad se encuentra limitada por lo dispuesto en la legislación costarricense, por lo tanto, situaciones como ciertas enfermedades o cualquier indicio de maltrato o abandono infantil deberá ser informado.

G. INFORMACIÓN

Es importante señalar que antes de dar su autorización debe haber hablado con los profesionales responsables de la investigación y estos deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y de sus derechos.

Resaltar que, si desea más información más adelante, puede obtenerla llamando a los investigadores responsables, Roberto Rodríguez Castillo al teléfono 506 7104 4271 en el horario de lunes a viernes de 8am a 4pm o por correo electrónico a la dirección roberto_1296@outlook.com, o bien a Wilmer Sancho Rojas al teléfono 506 8708 5858 en el horario de lunes a viernes de 8 am a 4pm o por correo electrónico a la dirección wilmersancho@gmail.com. Además, puede comunicarse con la directora del estudio de investigación, Dra. Ingrid Gómez Duarte al teléfono 506 8308 8079 en el horario de lunes a viernes de 8am a 4pm o por correo electrónico a la dirección ingridgomezcr@yahoo.com, o bien a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica al teléfono 506 2511 8488. Cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica *a los teléfonos 506 2511-4201, 506 2511-1398*, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Finalmente, hay que indicar que el participante no perderá ningún derecho al firmar este documento y se le brindará una copia del mismo.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

*Este documento debe de ser autorizado en todas las hojas mediante la firma, (o en su defecto con la huella digital), de la persona que será participante o de su representante legal.

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del padre/madre/representante legal (menores de edad)

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la investigador/a que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la testigo

Lugar, fecha y hora

Anexo 10. Cuadro resumen de elementos barrera y elementos facilitadores.

| Cuadro resumen de barreras y facilitadores del cantón de Upala. | | |
|--|---|---|
| Disponibilidad | Barreras | Facilitadores |
| | Infraestructura | |
| | Instalaciones pequeñas | Son instalaciones adecuadas (Limpias, ordenadas, visualmente buena) |
| | Recurso humano | |
| | Recurso humano insuficiente para brindar atención | |
| | Información | |
| | Falta de material informativo al momento de asistir a los centros de salud (cualquier tipo de material) | Charlas informativas específicas para tratamientos como curso parto, cuidado postquirúrgico y funcionamiento de los servicios (modalidades de aseguramiento, requisitos, etc....) |
| | Material informativo desactualizado y poco dinámico (brochures) | Acompañamiento en el proceso de aseguramiento |
| | Desconocimiento de los derechos, leyes y funcionamiento del sistema de salud por parte de los usuarios | Noción de los derechos en salud. (minoría de personas) (conocimiento sobre atención por el estado, atención a niños, adultos mayores y mujeres embarazadas) |
| | Percepción de que brindar información a los usuarios es responsabilidad de terceros | |
| Accesibilidad | Cercanía al centro | |
| | Lejanía respecto al centro de salud | |
| | Caminos en mal estado | |
| | Conectividad | |
| | Ausencia de medios de transporte para asistir a los centros de salud | |
| | Ausencia de recursos financieros para acceder a transporte y asistir a los centros de salud | Recursos financieros para pagar medios de transporte |
| | Tiempo de transporte | |
| | Tiempo de transporte largo | Tiempo de transporte en un rango menor a 20 minutos |
| | Escasez de horarios de transporte público para asistir a los SS. | |
| | Requisitos para la atención | |
| | Documentos de identidad vencidos | Tenencia de documentos al día. |

| | | |
|--|---|---|
| | Ausencia de seguro social (por falta de recurso financiero o desconocimiento del funcionamiento del sistema de aseguramiento) | Modalidad de atención por seguro por el Estado. |
| | Cobro ilegal de cuotas por atención en los servicios de salud. | Tenencia de seguro social |
| | Discriminación y negación de los servicios por nacionalidad. | Posibilidad de llegar a arreglos de pago post atención |
| | Horarios de atención | |
| | Desconocimiento de los horarios de atención | Conocimiento de los horarios de atención |
| | No atienden en ciertos días de la semana, solo días específicos | |
| | No hay atención continua (se refieren a que no atienden todo el día) | |
| El horario de atención es insuficiente para la demanda de los servicios. | | |
| Aceptabilidad del servicio | Satisfacción del servicio | |
| | Insatisfacción de la atención recibida (por motivos varios) | Atención satisfactoria |
| | Cancelación de citas | Alta capacidad resolutive de los servicios |
| | Maltrato y discriminación por parte del personal de salud hacia las personas usuarias de los servicios | Buen trato por parte del personal de salud (amabilidad y atención) |
| | Listas de espera y periodos largos de tiempo para recibir servicios de salud. | |
| | Adecuación cultural | |
| | Xenofobia | Percepción de un trato donde la nacionalidad no influye |
| | Inconformidad con el trato a terceras personas (personas migrantes). | |
| | Percepción de trato diferenciado por nacionalidad | |
| | Diferencias en costumbres y tradiciones costarricenses y nicaragüenses | |
| | Privacidad | |
| | Respeto a la privacidad de todos los usuarios sin importar la nacionalidad. | |
| Contacto con el servicio | Población meta | |
| | Cancelación de las ferias de salud por situación COVID | Ferias de salud interinstitucionales |
| | Falta de recursos tecnológicos para abordar situaciones de la población por medios virtuales | Elaboración de ferias de salud en zonas fronterizas para personas binacionales, apatriadas y demás migrantes. |

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| | Dificultad de acceso a los servicios de salud de adultos mayores sin categoría migratoria de refugiado. | Esfuerzos virtuales varios debido a la situación COVID-19 |
| | | Conocimiento y validación de derechos de las personas migrantes como línea de trabajo. |
| | | Capacidad de referencia entre instituciones ante casos donde los servicios de salud se consideran necesarios. |
| | | Consideración de la persona migrante como persona con prioridad. (Debido a situaciones de vulnerabilidad, pero solo aplicable cuando cuenta con los documentos y requisitos para la atención) |
| Cobertura de los servicios | | |
| | Falta de personal capacitado para la atención de personas sordas, mudas y con discapacidad visual. | Esfuerzos para atención de todas las personas migrantes que acuden a los centros de salud. |
| | Analfabetismo como obstáculo para la atención de las personas migrantes | Acceso universal a los servicios de salud (alta cobertura de vacunación) |
| | Falta de oportunidades laborales que permitan el aseguramiento de la persona migrante. | Apoyo de terceros como AHCNUR y OIM (capacitaciones en temas de salud) |
| | Brecha tecnológica por parte de las personas migrantes. | Trabajo extramuros por parte de los servicios de salud |
| | Poca estabilidad residencial por parte de las personas migrantes (lo que dificulta la localización) | |
| | Constante cambio de números de teléfono para la localización de personas migrantes. | |
| | Residir en zonas muy alejadas del cantón de Upala (referencia al centro de la ciudad) | |
| | Alta complejidad de procesos para aseguramiento de personas migrantes | |

Cuadro 5. Resumen de elementos barrera y facilitadores del cantón de Desamparados

| Cuadro resumen de barreras y facilitadores del cantón de Desamparados. | | |
|---|---|---|
| Disponibilidad | Barreras | Facilitadores |
| | Infraestructura | |
| | | Instalaciones adecuadas y de mejor calidad que en Nicaragua |
| | Recurso humano | |
| | Recurso humano insuficiente para brindar atención | |

| | | |
|--|---|---|
| | Información | |
| | Falta de material informativo al momento de asistir a los centros de salud (cualquier tipo de material) | Brindar información general sobre el funcionamiento de los servicios de salud |
| | Desconocimiento de los derechos, leyes y funcionamiento del sistema de salud por parte de los usuarios | Conocimiento de los derechos, leyes y funcionamiento de los servicios de salud. |
| | | Obligatoriedad de los servicios de generar actividades informativas e inclusión de personas migrantes en estas y otras actividades. |
| | | Capacitación sobre el funcionamiento del sistema de salud costarricense |
| Accesibilidad | Cercanía al centro | |
| | Lejanía respecto al centro de salud | Mayor oferta de servicios de salud debido a que se encuentra en la GAM. |
| | Conectividad | |
| | Ausencia de recursos financieros para acceder a transporte y asistir a los centros de salud | Recursos financieros para poder pagar medios de transporte tanto público como privados |
| | Escasas rutas que pasen por los servicios de salud (las personas alegan tener que tomar al menos 2 buses para llegar al centro) | |
| | Tiempo de transporte | |
| | Tiempo invertido por parte de los migrantes para salir de sus hogares ubicados en zonas conflictivas y asentamientos informales | Tiempo de transporte en un rango menor a 20 minutos |
| | Requisitos para la atención | |
| | Documentos de identidad vencidos | Tenencia de documentación y seguro social al día. |
| | Ausencia de seguro social (por falta de recurso financiero o desconocimiento del funcionamiento del sistema de aseguramiento) | Modalidad de atención por seguro por el Estado. |
| | | Posibilidad de pagar la consulta para ser atendido. (EN LA CCSS, revisar) |
| | | Posibilidad de llegar a arreglos de pago post atención |
| | Horarios de atención | |
| | Desconocimiento de los horarios de atención | Conocimiento de los horarios de atención |
| No atienden en ciertos días de la semana, solo días específicos | | |
| No hay atención continua (se refieren a que no atienden todo el día) | | |

| | | |
|---|---|--|
| | Horarios poco flexibles para personas que trabajan en horario de oficina | |
| Aceptabilidad del servicio | Satisfacción del servicio | |
| | Poca capacidad resolutive del personal de salud para dar respuesta a las personas migrantes | Atención satisfactoria y rápida capacidad resolutive. |
| | Maltrato o trato inadecuado al no contar con los requisitos para la atención. | Amabilidad del personal médico |
| | Dificultad para sacar citas de diferentes servicios. | Atención oportuna ante la situación COVID 19 |
| | Adecuación cultural | |
| | Percepción de trato diferenciado por nacionalidad | Buen trato por parte del personal de salud (amabilidad y atención) |
| | | Percepción de un trato donde la nacionalidad no influye |
| | Privacidad | |
| | Respeto a la privacidad de todos los usuarios sin importar la nacionalidad. | |
| Contacto con el servicio | Población meta | |
| | No hay acciones dirigidas específicamente a población migrante nicaragüense | Atención generalizada, sin distinción de nacionalidad |
| | Situación COVID como elemento que potencializa las situaciones de vulnerabilidad de las personas migrantes | Coordinación interinstitucional para abordar situaciones de salud |
| | | Desarrollo de ferias de salud interinstitucionales |
| | | Programas de intermediación laboral que permiten a la persona migrante acceder a recursos económicos y garantías sociales. |
| | | Capacidad de referencia entre instituciones ante casos donde los servicios de salud se consideran necesarios. |
| | Cobertura de los servicios | |
| | Negación del servicio en caso de que la persona no cuente con requisitos al día para la atención. | Acceso universal a los servicios de vacunación |
| Ausencia de programas en salud dirigido a personas migrantes nicaragüenses | Compromiso del Estado en proveer atención en salud a personas en estado de vulnerabilidad. | |
| Ausencia de oportunidades laborales que le permita a la persona migrante mejorar su calidad de vida | Alta demanda de los servicios de atención primaria debido a que estos son muy valorados por parte de las personas migrantes | |