

**UN ESTUDIO GEOGRÁFICO REGIONAL DE LA INMIGRACIÓN  
NICARAGÜENSE Y SUS EFECTOS SOBRE EL SERVICIOS DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE SAN CARLOS . PROVINCIA DE  
ALAJUELA .COSTA RICA**

**DRA. AMALIA CARVAJAL ALVARADO**

**DR. GUILLERMO CARVAJAL ALVARADO**

**Aspectos teóricos metodológicos del estudio**

**1. El objeto de estudio**

El presente trabajo de investigación se centrará en realizar un diagnóstico de la población inmigrante de nacionalidad nicaragüense que hace uso de los servicios de salud que brindad el Hospital San Carlos. Se analizará la población nicaragüense que ingresó al servicio de obstetricia del Hospital San Carlos del 01 de octubre de 1995 al 31 noviembre de 1996, en virtud de que el hacerlo a toda la población resultaría altamente complejo y considerándose que este grupo de población tomada para el presente estudio refleja la realidad que viven la mayoría de inmigrantes nicaragüenses al ingresar al país, al diagnosticar un problema que altera silenciosamente el funcionamiento administrativo de la institución y su contexto. Cuando éste supera los límites de la oferta, se provoca una sobre- utilización de los Servicios ( personal médico y de apoyo) que origina que el sistema organizativo de la institución colapse en virtud de no contarse con un nivel de planificación adecuado que permita prever situaciones emergentes.

La pregunta hacia la cual va dirigida está investigación se resume de la siguiente manera: ¿Cuáles son las características socio-económicas y epidemiológicas de la población Nicaragüense atendida en el servicio de obstetricia del Hospital San Carlos y cuáles son las implicaciones financieras para la institución ?

El objeto de estudio lo constituye las características socio-económicas y epidemiológicas de la población inmigrante femenina nicaraguense que utilizó el servicio de obstetricia del Hospital de San Carlos, en el período que va entre el 31 octubre de 1995 al 31 noviembre de 1996; así como las implicaciones financieras en términos de costo egreso y estancia para dicho hospital.

**2. Objetivo general**

- a. Conocer las implicaciones financieras de la atención de pacientes nicaragüenses en el servicio de obstetricia del Hospital San Carlos.

### **3. Objetivos específicos**

- b. Establecer las características demográficas y epidemiológicas de la población nicaragüense que hace uso del servicio de obstetricia en el Hospital San Carlos.
- c. Identificar el número y el costo de la atención brindadas a la población nicaragüense en el servicio de obstetricia en el hospital San Carlos.
- d. Elaborar un informe gerencial que muestre a las altas jerarquías de la Institución los hallazgos más importantes de la presente investigación que impulsen o desarrollen voluntad política para apoyar las alternativas de solución presentadas.

### **4. ¿ De qué tipo de investigación se trata?**

De acuerdo con los objetivos planteados la ubican como una investigación aplicada; ya que los resultados de la misma son de interés institucional y ayudará a mejorar la toma de decisiones. Desde el punto de vista temporal en la investigación, se habla de una investigación retrospectiva del 01 noviembre 1995 al 31 octubre 1996 .

En cuanto a la profundidad constituye un estudio de tipo exploratorio en tanto que su propósito es recabar información para conocer, ubicar y definir un problema, recoger ideas y sugerencias que permitan profundizar la investigación del tema.

Desde el punto de vista el carácter de está investigación es de tipo cualitativo en virtud de que la técnica de investigación que se utilizó fue de tipo la cuantitativa.

### **5. La población en estudio y la organización de la muestra**

La población objeto del estudio estuvo constituida por las mujeres Nicaragüenses que ingresaron al servicio de obstetricia del Hospital San Carlos del 01 noviembre de 1995 al 31 octubre de 1996.

De un total de 5.985 ingresos se obtuvieron 826 expedientes de nicaragüenses lo que significa un porcentaje de un 13.80% , se hizo un muestreo simple al azar con un nivel de confianza de un 95% y un porcentaje de error 5%.

El cálculo de la muestra se efectuó de la siguiente manera.

$$\frac{n^1 = t^2 \times p \times g}{d^2}$$

En donde  $n^1$  = tamaño de la muestra ( poblaciones infinitas ).

$t$  = valor de la normal al nivel de confianza requerido = 95 = (1-  $\alpha$ ) =  $\alpha$  = 0.05  $\alpha$  = 0.025 ( 0.05 =  $t$  = 1.96 ).

$p \times g$  = varianza de una variable binomial y se utiliza varianza máxima = 0.5 x 0.5 = 0.25.

Y finalmente  $\alpha$  = error permisible en las estimaciones ( 0,05 ).

$$\frac{n^1 = 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2} = n^1 = 384$$

Corrección a finito

$$N = 826$$

$$\frac{n}{1 + ( \frac{n}{N} )} = \frac{384}{1.464891} = 262$$

**826**

Ajustando la muestra en un 5% más considerando que la información en todas las expedientes no esté completa se aumenta a 275 expedientes, por lo que se seleccionó aleatoriamente, 1 de cada 3 expedientes.

## **6. Las fuentes de investigación**

El tema ha sido marginalmente estudiado en Costa Rica, los materiales escritos se reducen a algunos artículos periodísticos y a varios reportajes televisados. Existe una carencia de estudios de base sobre el impacto de la inmigración extranjera en los servicios públicos de la sociedad costarricense.

Dentro de la escasa literatura disponible se localizó un sobre la atención de pacientes nicaragüenses en la región Chorotega, realizado de Junio a Diciembre de 1995, El estudio fue solicitado por la presidencia ejecutiva de CCSS. El documento estudia variables tales como : total de pacientes atendidos, sexo, grupo etario, condición de asegurado lugar de atención, traslados y costos . El estudio se limita a determinar el costo en que incurre la institución en dineros no percibidos por la atención de pacientes nicaragüenses no asegurados y asegurados por el estado y el costo por el traslado a otros centros de mayor complejidad.

La revisión del estudio antes citado fue importante para conocer el impacto de la inmigración sobre otra región del país. Aunque nuestro estudio es mucho más específico ya que se refiere únicamente a un segmento de la población a saber las mujeres en edad reproductiva y el impacto en el servicio de obstetricia .

Para poder lograr los resultados que se han señalado en los objetivos de este estudio se recurrió a fuentes no tradicionales y por cierto de uso muy poco frecuente en la investigación de tipo social. Desde esta perspectiva se elaboró una estrategia para recolectar información de primera mano. Un minucioso estudio de los expedientes clínicos de las pacientes que consultaron al servicio de obstetricia de octubre 95 a noviembre 96. Esta información se complementó con los datos que aportan los informes SIG ( Sistema de Información Gerencial).

La técnica para recolectar la información es el análisis de contenido documental del expediente clínico de la población objeto de estudio. Para lo cual se elaboró una Guía considerando los indicadores establecidos.

## 7. Conceptualización y operacionalización de las variables

Las variables que se estudiaron en la investigación se presentan en la siguiente tabla.

<b>Variabes</b>	<b>Conceptualización</b>	<b>Indicadores</b>
Características Demográficas	Son los atributos de una población que vive sobre un territorio dado.	Edad – Estado Civil – Estatus Migratorio
Características Epidemiológicas	Distribución y desarrollo de los factores condicionantes y determinantes del proceso salud enfermedad	Número de partos – Número de abortos – Número de cesáreas – Control prenatal – Antecedentes patológicos
Características Socio-económicas.	Son atributos de la población considerando aspectos económicos y sociales.	Ocupación – Categoría de asegurado
Finanzas	Ingresos y egresos de una organización.	Costo estancia por 24 horas – Costo egresopor alta o defunción – Costo atención población nicaraguense. – Costo atención de la población costarricense

## 8. Procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS con el propósito de obtener cuadros de frecuencia y elaborar gráficos que muestren de manera más comprensible los resultados del estudio.

De acuerdo a los objetivos del estudio se visualizan los siguientes errores con los indicadores :

## 9. Limitaciones del estudio

Como primer limitante encontramos que no existe un registro aparte de la población nicaragüense, por lo que en el momento de analizar la información, hubo que sacar todos los expedientes de las pacientes que habían consultado en el servicio de obstetricia del 1 noviembre 1995 a octubre 1996, lo que hizo que el estudio se hiciera más complicado y costoso, ya que fueron 5.985 expedientes.

Los expedientes clínicos de las pacientes nicaragüenses analizados son bastante incompletos por lo que será una limitante a la hora de hacer el análisis.

Por ejemplo en la situación socio - económica no se anota la escolaridad, ni el ingreso promedio mensual de la paciente, variables importantes para el análisis.

La letra de los médicos es difícil de entender, lo que hace que se lleve más tiempo en el estudio .

El informe del SIG, a donde se recaban los gastos hospitalarios no se lleva por separado para cada servicio, lo que conlleva que se deba hablar de costo promedio por estancia hospitalaria.

## **10. Marco teórico : El estudio de las características de la población.**

Este estudio se fundamenta en un análisis demográfico de un grupo de población inmigrante, esta perspectiva implica necesariamente el conocimiento de ciertas variables demográficas que son claves para el estudio. Estas variables son los atributos de las personas. Se refiere, entonces, a las características que presentan las inmigrantes nicaraguenses que residen en el área de estudio.

Cada población posee una estructura que está determinada por su tamaño, su distribución en el espacio y sus características. Dicha estructura se encuentra en constante cambio como resultado de la acción de los componentes básicos de la dinámica poblacional: natalidad, mortalidad y migración.

La estructura de la población por:

Grupos de edad clásicas.

Grupos funcionales

Grupos de edad escolar es el porcentaje de población correspondiente a un grupo de edad determinada en un periodo dado.

Los grupos funcionales se refieren a poblaciones sujetas a políticas sociales y son útiles para estimar necesidades demandadas por ellas.

Edad de la población en que el cincuenta por ciento es menor y el cincuenta por ciento es mayor que ella.

Tamaño: se refiere al volumen en número de la población, o sea responde a la pregunta ¿Cuántos habitantes tiene?.

Su tamaño va a depender de la relación de la natalidad, mortalidad y migración.

Distribución: se refiere a la manera como la población se distribuye en su territorio.

La forma más usada de describir los patrones de distribución poblacional es identificar.

- Las principales áreas de concentración
- Las menores áreas de concentración
- Las áreas despobladas.

Los factores que determinan los patrones de distribución de la población y sus cambios se agrupan en las siguientes factores:

- Geográficas, que incluye clima, forma de la tierra, calidad del suelo, recursos físicos y otros.
- Económicas y Sociales, como son las actitudes y expectativas de sus habitantes, su actividades económicas, su nivel tecnológico y su organización social
- Demográficas, como la relación entre la tasa de mortalidad y natalidad de las diferentes áreas y las corrientes de migración.
- La densidad poblacional igual total habitantes entre el área en km<sup>2</sup> y la distribución porcentual ejemplo:

Por cuanto la población en áreas urbanas o rurales.

Son las medidas más usadas para medir la distribución poblacional.

Características de la población:

Está constituido con base en las atributos de las personas que forman esa población: edad, sexo, ocupación, estado marital, etc.

Cualquier atributo que pueda ser contado o medido con facilidad se puede incluir dentro de las características.

La estructura de edad y sexo es la distribución que mejor describe una población.

- Define los límites del potencial reproductivo de la sociedad.
- Es el determinante demográfico.
- Básico de la fuente de fuerza de trabajo y del requerimiento de bienes y servicios.

La estructura de la edad y sexo de una población es el resultado de las tendencias basadas en fertilidad, mortalidad y migración. Influye en los niveles de las tasas vitales y la tasa del crecimiento poblacional ya que los nacimientos, las defunciones y la migración ocurren de forma desigual según la estructura de edad las medidas más usadas para describir la estructura de población por sexo y edad son:

- La razón de masculinidad: número de hombres por 100 entre número de mujeres.
- El promedio de edad y la mediana de edad
- El porcentaje población joven (menores de 15 años)
- El porcentaje de población vieja ( mayores de 65 años)

Pirámide poblacional: es un gráfico de barras que demuestra la distribución por edad y sexo en un período específico. Refleja la historia demográfica de las edades anteriores.

El estudio también indaga el estado de salud de la población objeto de estudio desde una óptica propia de la Epidemiología, entendida esta disciplina como el estudio de la distribución de la enfermedad y las determinantes de su prevalencia en el hombre.” Esta



definición involucra dos aspectos; el estudio de la distribución de la enfermedad y la búsqueda de las determinantes de la distribución encontrada.<sup>1</sup>

La distribución de la enfermedad describe como se distribuye el estado de salud en términos de edad, sexo, raza geografía.

Las determinantes de su prevalencia en el hombre, determina esa distribución en término de los posibles factores causales.

El control prenatal, la atención del parto y la asistencia eficiente del Recién Nacido constituyen las tres intervenciones más importantes que el equipo de salud puede realizar para consolidar una buena salud perinatal.

## **11. El Control Prenatal**

Consiste en un conjunto de actividades que se ejercen sobre la embarazada, con la finalidad de obtener el mejor grado de salud de ésta y de su hijo (a). El objetivo es efectuar un control prenatal eficiente, para esto, el control debe contemplar cinco requisitos básicos:

- Extenso o de amplia cobertura
- Precoz o temprano
- Periódico o continuo
- Completo o integral
- Con enfoque de riesgo

### **11.1. El Parto Normal**

Se acepta la definición de parto normal elaborada por Benson que dice: El parto normal es una secuencia de coordinación efectiva entre las contracciones uterinas, que dan por resultado el borramiento, la dilatación del cervix y la expulsión de los productos de la concepción, el feto y la placenta.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> **Cartin Brenes Mayra. Epidemiología y Demografía ( I C A P, junio 1992 ) pág. 89**

<sup>2</sup> Ministerio de Salud - CCSS. Normas técnicas de atención materna y perinatal ( San José Costa Rica febrero 1994 ). pag.33

Es necesario hacer el diagnóstico verdadero de trabajo para la admisión de la paciente, ya que el trabajo de parto se divide en falso y verdadero.

### **11.2. Falso Trabajo de Parto<sup>3</sup>**

El falso labor de parto que es bastante común al final del embarazo, se caracteriza por contracciones irregulares y breves del útero, que se acompañan de dolor dorsal abdominal leve pero sin progreso; no hay modificaciones y la presentación no desciende.

### **11.3. Verdadero Trabajo de Parto**

El verdadero trabajo de parto comienza con contracciones uterinas regulares, las cuales vuelven más frecuentes, más intensas y de mayor duración a medida que transcurre el tiempo, hay cambios cervicales (dilatación y borramiento del cuello uterino), generalmente ocurre expulsión del tapón mucoso y descenso de la presentación.

## **12. Períodos del Parto<sup>4</sup>**

### **12.1. Primer Período (Dilatación y Borramiento)**

Se define como primer período del parto o período de Dilatación y Borramiento, a aquel lapso que va desde el inicio de la labor verdadera de parto, hasta que se complete la Dilatación a 10 cms.

De acuerdo con el Esquema de Friedman, mundialmente aceptado, este período está comprendido por dos fases:

### **12.2. Fase Latente**

Se inicia a lo cero cms hasta 4 cms y termina cuando se regularizan las contracciones.

En promedio tiene una duración de 6.4 horas en las nulíparas y 4.8 horas en las multíparas. No debe exceder de 20 horas en las nulíparas ni de 14 en las multíparas, porque se considera una fase latente prolongada o retardada.

### **12.3. Fase Activa**

---

<sup>3</sup> Ibid pag 33

<sup>4</sup> Ibid pag 33

En la fase activa hay una regularización de las contracciones uterinas, progreso del borramiento y de la dilatación cervical, la velocidad de la dilatación es de 1-2 cms por hora en las nulíparas y de 1.5 cms por hora en las multíparas.

Esta fase se extiende desde los 4 cms hasta completar la dilatación a 10 cms.

#### **12.4. Segundo Período Expulsivo**

Es el período comprendido desde la dilatación completa (10 cms) hasta el nacimiento del niño (a). La duración normal es de 50 minutos en las nulíparas y de 20 minutos en la multípara, siempre que no haya alteraciones fetales o maternas.

#### **12.5. Tercer Período (Alumbramiento)**

Comprende desde el nacimiento del niño hasta la salida de la placenta, la duración normal es de 3 a 30 minutos, siempre y cuando no haya sangrado o se altere el estado general de la madre.

#### **12.6. Cuarto Período (Uterino)**

Va desde la salida de la placenta hasta 2 horas después del parto.

### **Marco geográfico y demográfico del estudio**

San Carlos es el cantón más extenso y poblacional de la región Huetar Norte y es más extenso que las provincias de Cartago y Heredia.

Por su extensión territorial y topográfica, podemos observar zonas de diferente altitud sobre el nivel del mar, desde menos de 100 mts, hasta los 2.200 mts. Los picos más altos se localizan al sur del territorio, tales como El Cerro Porvenir, El Cerro Platanar, El Pelón y el Volcán Viejo; sin embargo predominan las llanuras, las cuales comprenden 75% de todo el territorio sancarleño.

Como puede notarse, los diferentes niveles en los cuales se encuentran los distritos, hacen muy cambiante la topografía de la región, lo que hace variable su clima.

Tiene la influencia climática del Atlántico y la del Lago de Nicaragua, las cuales actúan como factores reguladores. También existe diversidad climática y por las masas de aires (alisios) o las del Lago de Nicaragua. Ostenta un promedio de 23°c.

**Cuadro N° 2**  
**Distritos de San Carlos altitud sobre el nivel del mar**

<b>Distrito</b>	<b>Altitud</b>
Buena Vista	865
Ciudad Quesada	656
Aguas Zarcas	489
Venecia	428
La Palmera	350
La Tigra	290
Monterrey	280
La Fortuna	253
Venado	252
Florencia	225
Pital	156
Kutris	65
Pocosol	65

*Fuente de los datos. División Político- Administrativa de Costa Rica. Instituto Geográfico Nacional.  
Ministerio de Obras Públicas y Transportes. 1996.*

La Región pertenece al bosque tropical húmedo, sin embargo ha sido objeto de tala despiadada en los últimos años, por otro lado el bosque tropical muy húmedo está siendo convertido en pastizales. En las regiones de la parte sur con altitudes mayores a los 1500 mts, tienen relieve accidentado, en el cual existen bosques primarios bajomontano protegido actualmente por la reserva forestal de Juan Castro Blanco.

La Cuenca del Río San Carlos es la más importante de la región y la cuarta del país, es tributaria del Río San Juan y cubre una extensión de 2.643 kms<sup>2</sup>. Tiene una longitud de 125 kms, siendo navegable en sus últimos 54 kilómetros.

## **2. Antecedentes históricos del cantón de San Carlos**

El nombre de San Carlos se remonta a 1866, quizá debido a la construcción de la Fortificación del Castillo de San Carlos de Austria, la cual se encuentra situada en la región del mismo nombre, en la margen contraria del Río San Juan, en la República de Nicaragua, lo cual originó, no sólo el nombre de la zona de este lado del río, sino a los lugares aledaños. En esta región, en el período precolombino, era asiento de los indios Votos, los

cuales habitaban en caseríos dispersos en las áreas limitadas por el río San Carlos, Sarapiquí y la Cordillera Volcánica Central.

Los moradores actuales y anteriores de esta vasta zona, no son oriundos de ella, puesto que fueron individuos llegados de varias regiones cercanas a las que colonizaron la región.

Dicha colonización se inició a mediados del siglo XIX por las siguientes influencias:

1. La supuesta apertura de un canal interoceánico a través del Río San Juan y de un Ferrocarril en la región norte, ambos sin llegar a cristalizarse.
2. Marcado crecimiento de la tierra en la Meseta Central.
3. La actividad hulera en 1870.
4. La factibilidad con que se realizaron las denuncias de posesión de tierra en esa época y el precio tan bajo de las mismas.

En su inicio existieron colonizadores fantasmas, que siguió el curso del Río San Carlos, llegando hasta su desembocadura. Debido a este hecho, se inician las denuncias de tierras y se hace necesario la construcción de un camino rústico, que luego sirvió de ruta para la Campaña Nacional contra los filibusteros.

Las primeras posiciones se localizaron en los sitios ocupados hoy por Florencia y Terrón Colorado. En 1850, los primeros pobladores se localizaron en Los Bajos, El Peje, Muelle y Arenal. En 1893 se formó la Colonia de Aguas Zarcas de corta duración. Las denuncias efectuadas que tuvieron importancia fueron hechas por José María Quesada Ugalde, Baltazar y Joaquín Quesada Rodríguez y en 1895 formaron el caserío denominado de la Unión; en 1901 alcanzó el grado de poblado de agrupamiento y se construyeron cercas, pajas de agua y el trazado del cuadrante, llevadas a cabo por instancia de Don Joaquín Quesada. En 1894 se instaló un aserradero, en 1808, al igual que las oficinas de correo.

El primer médico lo fue el Dr. Sergio Fallas, entre 1907 y 1908. La población aumenta por migraciones, provenientes de Palmares, Naranjo, San Ramón y Grecia, pero no

fue sino hasta 1911, que se elevó a categoría de Cantón, por Decreto Ejecutivo, de 26 de setiembre de 1911, pasando a ser el cantón n° 10 de la provincia de Alajuela.

En 1915 se establece la primera planta eléctrica de Don Juan Chaves Rojas, que en 1920 es traspasada a Juan Castro Blanco; igualmente se instaló un galerón que fue ocupado por el mercado, por espacio de 26 años.

En 1927 se instaló la cañería. Por segregación de los cantones aledaños, llega a tener una extensión de 3.373 km<sup>2</sup>.

En 1953 se llama Villa Quesada. El 12 de mayo de ese mismo año se bautiza con el nombre de Ciudad Quesada.

En 1914 se constituyó la primera Junta de Caridad, estimadas por las inclemencias climáticas e insalubres en que viven los pobladores de aquella época. Dicha Junta se encargaba de mantener el cementerio y daba atención a los enfermos, para lo cual se destinó la Casa Cural de la ciudad para que funcionara como hospital de la región.

En 1936 se estableció la Unidad Sanitaria, la cual se hallaba adscrita al hospital hasta 1938, habiéndose construido en 1927 el hospital; en 1946, con ayuda internacional, se logró la construcción de un nuevo hospital, el cual funcionó por espacio de 35 años y cuya inauguración se realizó en setiembre de 1946.

En 1956 se estableció la Clínica del Seguro Social en Ciudad Quesada.

En 26 setiembre de 1981, se inaugura el actual centro hospitalario en el Centro de Ciudad Quesada.

### **3. El marco de referencia: El contexto histórico de la migración de nicaragüenses a Costa Rica**

Las migraciones de nicaragüenses hacia Costa Rica han existido desde hace mucho tiempo. Situaciones reales de uno y otro lado de la frontera así lo explican. Desde la formación del Estado Nicaragüense la inestabilidad política y la consolidación de una oligarquía de tipo militar impuso un régimen militar que perturbó todo el siglo pasado la vida interna del país.

Las cosas no han cambiado en lo que va del siglo XX, ya que esta oligarquía militar ramificada en las ciudades más importantes del país impone condiciones de opresión al campesinado y a las capas urbanas pobres quienes van a servir a un ejército que ha provocado la represión interna. Las fuertes inversiones en equipo militar y en seguridad para el Estado han hecho que históricamente se descuiden otros rubros fundamentales de la economía como: salud, vivienda, educación y que la mayoría de la población viva en condiciones de pobreza y más grave aún en la pobreza extrema y el crecimiento de población que vive en condiciones propias de la indigencia.

De manera que podemos plantear que históricamente ha existido un flujo constante de inmigrantes nicaragüenses a Costa Rica, motivados por las condiciones de vida existentes en Nicaragua. Situación que no ha mejorado en los últimos 40 años de este siglo. Este flujo de población se ha visto aumentado en los últimos 40 años y muy particularmente después de 1970.

La sociedad nicaragüense ha vivido una larga dictadura de carácter hereditario entre miembros del clan familiar de los Somoza, dictadura que se heredó de padre a hijo y a lo largo de más de 30 años de poder consolidó un ejército fuerte, un estilo de gobierno despótico y establecieron normas estrictas en la prestación de servicio militar obligatorio a la población pero sobre todo a los jóvenes. Se crearon situaciones reales de opresión popular a la dictadura somocista aplicó una política económica de pillaje de los recursos del erario nacional y del potencial productivo del país. Situación que desembocó en un empobrecimiento generalizado del país.

Desde 1930 la oposición al régimen se organiza alrededor del líder guerrillero Augusto Cesar Sandino quien con el apoyo de un campesinado cansado de opresión cerró fila para luchar contra las condiciones de opresión. Pese al surgimiento de este movimiento de tipo reivindicativista, el General Somoza controló la situación y planteó negociaciones con el grupo que encabezaba Sandino. Poco a poco fue minando las bases sociales del grupo opositor primero a través del exilio y luego por el asesinato del líder guerrillero. La dictadura se consolida y se amplían las condiciones de control militar del país.

Nuevas oleadas de nicaragüenses vuelven sus ojos hacia Costa Rica y evadiendo los controles militares en la frontera y la seguridad costarricense en las zonas fronterizas continúa ampliando el número de inmigrantes.



En 1970 las condiciones políticas cobran nuevos matices y las condiciones de guerra interna en Nicaragua alcanzan a todo el país, hombres , mujeres y niños y toda la sociedad civil y la vida del país se ve afectada por la imposición de una guerra donde dos facciones lucharán uno por mantenerse en el poder y otra de corte izquierdista y populista por derrocar al tirano.

En 1979, cae el gobierno y se plantea un gobierno de reconstrucción nacional al inicio se vislumbró como una salida real a la tiranía y opresión histórica del pueblo nicaragüense. Pero muy rápidamente surgen contradicciones en la facciones que alcanzan el poder de nuevo la sociedad se desestabiliza, surgen nuevos grupos y fracciones armadas: contra - recontras y vándalos militares armados desestabilizan cualquier posibilidad de plantear un gobierno de unidad nacional, la inseguridad campea por todos los rincones del país. El pillaje, el secuestro político, las vendetas entre grupos se amparan de la vida cotidiana y lo que se anunció como el triunfo del pueblo concluyó como en el pasado en opresión, pobreza, cárcel desempleo y hambre. Se vivía y producía para mantener la guerra interna.

Esta inestabilidad del gobierno precedido por los 9 comandantes no pudo mejorar las condiciones de pobreza y agudiza el conflicto con otros sectores sociales que fueron expropiados de sus bienes muebles e inmuebles. El exilio y la migración fueron la respuesta a este gobierno. Pero aquí cabe establecer una diferencia los sectores allegados al somocismo y aquellos empresarios que se habían mantenido al margen del conflicto político migran hacia Miami, ya que sus cuentas corrientes y de hecho hasta propiedades los esperaban con la complacencia del gobierno de los Estados Unidos.

Ya se ha dicho que la migración nicaragüense hacia Costa Rica ha sido muy fuerte desde el siglo pasado que ella se ha incrementado en los últimos 40 años y que ha recrudecido después de 1970. La inestabilidad política, las condiciones reales de pobreza y el temor a las condiciones de una casta militar que de derecha o izquierda han oprimido al pueblo han provocado el temor de la población nicaragüense y la huida de su país en busca de mejorar esa situación.

Sin que se pueda afirmar que ha sido una política explícita de los gobiernos de Costa Rica de mantener una política de puertas abiertas hacia los nicaragüenses, condiciones reales como la existencia de una larga frontera terrestre débilmente vigilada, la unidad y solidaridad de los poblados costarricense a la frontera que ha acogido a los

emigrantes que después de travesías riesgosas por zona boscosas llegan en grupos en busca de apoyo y que una vez atravesada la frontera se quedan en el país.

Sería muy difícil hacer estimaciones realistas de cuánta población nicaragüense se ha movilizadado hacia Costa Rica a lo largo de estos últimos 40 años, se habla de más de 200.000 mil trabajadores y si a estos trabajadores sumamos los niños y las mujeres el aporte migratorio cobra ribetes significativos, con cifras cercanas, con trámite migratorio legal y son aproximadamente 500.000 personas ilegales.

#### **4. El contexto social y económico de Costa Rica en la década de los ochenta**

Durante la década de los setenta el mundo experimentó una bonanza económica que permitió a los países avanzar en el proceso de desarrollo social. Se conformaron en unos casos y se fortalecieron en otros organismos financieros internacionales donde los países con altos ingresos aportaron capital para ser cobrado en el mercado financiero y ser aprovechado por los países en vías de desarrollo, para avanzar en la construcción de la infraestructura que serviría de plataforma para garantizar el crecimiento económico futuro.

También permitieron la provisión de más y mejores Servicios Públicos especialmente en las áreas de Educación, Salud y Seguridad Social.

Esta situación hizo que los países se endeudaran por encima de sus posibilidades de pago, además muchos países no desarrollaron la base productiva, sino que utilizaron los fondos provenientes para otros servicios y fortalecer el Aparato Bélico.

Dos fenómenos económicos transformaron la situación profundamente.

1. El incremento exagerado del costo de los combustibles.
2. La caída del precio de la Materia Prima y los productos agropecuarios.

En cuanto al incremento del costo de los combustibles, la mayor parte de los países Latinoamericanos son parcial o totalmente dependientes de las importaciones de petróleo y sus derivados. Esto provocó inicialmente la descapitalización y posteriormente el endeudamiento progresivo.

En cuanto a la caída del precio de la Materia Prima y los Productos Agropecuarios, la competencia se produjo entre los países en vías de desarrollo por los mercados internacionales para colocar las materias primas y los productos agropecuarios.

Esta competitividad trajo como consecuencia que los países tuvieran que adaptar y ajustar los sistemas y los métodos de producción para alcanzar los estándares internacionales.

Todo este panorama descrito de los países en vías de desarrollo ya que tuvieron un excesivo endeudamiento externo, incremento del valor de las importaciones y reducción de los ingresos nacionales por concepto de exportaciones, llevaron a los países a una situación de desequilibrio financiero caracterizada por la incapacidad de financiar los gastos con los ingresos, como consecuencia muchas empresas no competitivas, que mantenían un precario balance financiero tuvieron que cerrar, lo que incrementó el desempleo, redujo la productividad nacional y empeora la situación social, recrudeciendo las luchas internas en muchos de los países.

Los países en vías de desarrollo (impuesto por los Organismos Internacionales) tomaron la decisión que durante la década de los ochenta se restringieran los gastos de los Sectores Sociales (principalmente Salud, Educación y Vivienda), dando como resultado una profundización de la Brecha entre ricos y pobres desde el punto de vista de la calidad de vida .

La “Globalización de la economía” fue otro hecho que cambió las condiciones de las relaciones económicas mundiales.

El mejoramiento de las condiciones Sociales y el recrudecimiento de los procesos Bélicos que ocurrió al interior de muchos países de Latinoamérica, provocaron las estrategias de desarrollo, que en conjunto se conocen como Programa de Ajuste Estructural (PAE).

Las medidas más importantes que actualmente impulsan esos programas son:

Reducción de los gastos del Estado mediante la disminución del tamaño del aparato estatal, el traslado de actividades del sector público al privado, el incremento en la eficiencia y la racionalización de la planilla del Gobierno Central y sus instituciones.

Desarrollo de una economía de mercado en la que el libre juego entre productores y consumidores, así como la calidad de los bienes o servicios determinan su precio.

-Incremento de las exportaciones de productos no tradicionales.

- Exploración de Mercados no Tradicionales.
- Modernización de la base productiva.

## **5. Efectos de la estructura socio-económica en las políticas gerenciales del sector salud**

El sector salud no escapa de esta sacudida que ha experimentado la sociedad en conjunto, de ahí que las presiones económicas se transmutan en profundas reformas. Por esta razón, los Gerentes de los servicios de salud deben desarrollar conocimientos y destrezas que le permitan gerenciar de una mejor manera sus programas, a fin de lograr mayor impacto en la población que cada requiere servicios de mayor calidad para lo cual se requieren mayor cantidad de recursos que los aparatos de Estado no pueden brindar y que por lo tanto resultan insuficientes.

Por la situación descrita la gerencia de los recursos adquiere una importancia máxima debido a la necesidad de lograr un uso de los recursos con mayor eficiencia para hacer frente a las demandas de la población. En este sentido la Gerencia Financiera, debe percibirse como un componente inseparable de la Administración integral de los Servicios de Salud. Está fuertemente vinculada con el que hacer, por cuanto los recursos financieros son la base pero a la vez, el factor limitante de los programas que se pueden ejecutar.

Una vez estructurado el programa de actividades, es necesario investigar todos los recursos que harán falta para su operacionalización. El costo estimado para cada uno de los recursos en la cantidad requerida es la base para la formulación de un presupuesto, cuyo producto final es un cuadro de necesidades financieras por rubro, de acuerdo al manual de cuentas aceptado y por cada uno de los programas a ejecutar.

Como podemos ver existe estrecha relación entre programación operativa y la presupuestación.

Una administración financiera adecuada a las necesidades de la empresa ayudará al negocio a proporcionar a los clientes mejores productos a precios razonables, a pagar sueldos y salarios más elevados a los inversionistas que aportan el capital necesario para formar y posteriormente operar la empresa. Ya que la economía (tanto nacional como mundial) se forma de clientes, empleados e inversionistas, una administración financiera sólida contribuirá tanto al bienestar individual como al bienestar de la población en general.

- Los componentes de la Gerencia Financiera son:
- Gestión de Ingresos
- Asignación de Recursos
- Gestión Presupuestaria
- Contabilidad General
- Contabilidad de Costos
- Fijación de precios
- Evaluación Financiera

## **6. La Gestión de Ingresos**

Se ocupa de la identificación de nuevas fuentes de ingresos y la maximización de los conocidos.

### **6.2. La Asignación de Recursos**

Es el proceso mediante el cual las autoridades del nivel central, determinan los montos de recursos financieros que se van a asignar.

### **6.3. La Gestión Presupuestaria**

Es la valoración monetaria del plan de acción y el programa operativo, dan como resultado la formulación del presupuesto de operaciones e inversión, que consiste en un listado ordenado de los recursos económicos necesarios para adquirir los insumos (fuerza de trabajo, suministros, información, etc.), la aplicación de estos recursos y el control constituyen la Gestión Presupuestaria.

### **6.4. Contabilidad General**

Es el registro de cada uno de los movimientos financieros que se producen durante la ejecución del presupuesto, sumando al renglón de gastos el monto utilizado y restando al saldo esa misma suma.

#### **6.4.1. La Contabilidad de Costos**

Consiste en establecer cuánto cuesta cada servicio (consulta, visita domiciliaria, egreso hospitalario, examen de laboratorio o de gabinete), con el fin de determinar el costo total del servicio brindado.

#### **6.4.2. Fijación de Precios**

A partir del costo de un servicio se pueden fijar el precio del mismo al usuario, a la definida en el costeo se le adicionan otros factores como el margen de ganancia.

La fijación de los precios de los servicios es muy útil si se piensa en diversificar las fuentes de ingresos, por ejemplo, las ventas de servicios.

#### **6.4.3. La Evaluación Financiera**

Integra el proceso financiero con los otros componentes de la gestión. Puede enfocarse desde varias perspectivas entre las que se mencionan comparación del presupuesto de los gastos con las erogaciones efectuando comparación de los gastos con el nivel de producción alcanzado, determinación de diversas variaciones y sus causas, análisis de estados financieros, análisis de razones financieras, etc. Este componente de evaluación financiera busca identificar errores u emisiones, así como las causas y consecuencias, para apoyar el proceso de toma de decisiones en la operacionalización de medidas correctas en el establecimiento de ajustes en las fases del proceso.

#### **6.4.4. Los Costos de los Servicios**

Costo es el valor monetario de los recursos que se utilizan para producir un buen servicio. De manera que el resultado de la cuantificación del valor financiero de la mano de obra, materiales, equipo edificio y otras, que son necesarias para brindar una prestación sanitaria, constituyen el costo de la misma.

En el proceso de costeo se acostumbra frecuentemente tipificar los costos de acuerdo a su comportamiento en relación con el volumen producido, así como con el grado de participación y su facilidad de ser cuantificable en el buen o servicio que se ofrece. Por su comportamiento se distinguen costos fijos y costos variables.

#### **6.4.5. Los costos fijos**

Son aquellos que se mantienen constantes a pesar de amplias variaciones en el volumen de producción.

##### **6.4.5.1. Costos variables**

Son aquellos estrechamente ligados al volumen de producción, de manera que le incrementan o desminuyen en forma directamente proporcional a la cantidad producida.

Desde el grado de participación los costos se clasifican en costos directos e indirectos.

##### **6.4.5.2. Los costos directos**

Son aquellos imputables directamente a los insumos necesarios para producir un buen servicio. Ejemplo el costo de la mano de obra, que puede relacionarse físicamente con el servicio y de los materiales que se consumen durante el proceso y que sea económicamente medible.

##### **6.4.5.3. Los costos indirectos**

Corresponden a la mano de obra y los materiales que no pueden ser medidos en cada unidad producida ejemplo los costos del personal y las materiales utilizados en limpieza, en la administración, los relacionados con el edificio y el equipo ( que se cuantifican como depreciación, mantemiento).

Para realizar y analizar la cuantificación de los costos, usualmente se establecen centros de costo que corresponden a unidades funcionales (división o sección de una organización o establecimiento) en las cuales es posible y resulta conveniente determinar sus costos de producción, ya que realizan un proceso completo a una parte cuantificable de él.

## **7. Clasificación de los centros de costo**

### **Servicios Finales**

- Consulta Externa

- Odontología
- Consulta de Urgencias
- Atención domiciliaria
- Hospitalización
- Servicios Intermedio
- Servicios de apoyo administrativo
- Dirección
- Administración
- Dietética
- Oficina de recursos humanos
- Bioestadística y documentos
- Médicos
- Transportes
- Mantenimiento
- Casa de máquinas
- Servicios domésticos (aseo)
- Vigilancia
- Servicio Social
- Lavandería
- Contabilidad
- Proveduría



- Central telefónica.

### Servicios de apoyo terapéutico

- Farmacia
- Radioterapia
- Quirófanos
- Anestesia
- Fisioterapia
- Sala de partos
- Servicios de apoyo al diagnóstico
- Laboratorio Clínico
- Radiología, T AC
- Electrocardiógrafo
- Endoscopía
- Patología

#### **7.1. El cálculo de los costos en los establecimientos de salud**

El costo de los bienes o servicios producidos se calcula a partir de la información generada por la contabilidad el subsistema de control de inventarios y por los informes estadísticos.

La contabilidad provee el valor financiero de los diversos recursos utilizados.

El subsistema de control de inventarios cuantifica los recursos materiales gastados durante un período determinado en la prestación de servicios propiamente dichos y en las actividades colaterales que permiten proveerlos.

La información estadística aporta la cantidad de servicios de los diversos tipos que se brindarán en el establecimiento con los recursos que estaban disponibles para la prestación.

### **Análisis Organizativo Del Hospital San Carlos**

Presentada la población objeto de estudio, los objetivos y las fuentes que fundamentaron la estrategia metodológica que guía esta tesis, se considera conveniente hacer una breve presentación del lugar donde se realizó la investigación, a saber el Hospital de San Carlos.

El Hospital San Carlos se encuentra localizado hacia la región norte de Ciudad Quesada, a dos kilómetros del parque. Tiene una dotación normal máxima de 250 camas, sin embargo la capacidad instalada es tan solo de 145 pacientes. De acuerdo con la población proyectada este Hospital tiene una relación de 1365 habitantes por cama.

Cuenta con 603 empleados en total con un aumento en relación al año pasado del 23.3% de los cuales existen 136 interinos.

Existen 192 funcionarios laborando en el Servicio de Enfermería de las cuales 33 son profesionales y 159 Auxiliares. Los índices enfermera por cama instalada se ven francamente alterados cuando por diferentes razones éste personal se encuentra ausente (incapacidades, permisos, etc.) provocando deterioro mayor de la atención de los pacientes a su cargo.

El personal médico se compone de 46 funcionarios, 26 especialistas y 20 médicos generales.

El Hospital San Carlos cuenta con los cuatro Servicios básicos:

Medicina , Cirugía, Gineco-obstetricia, y Pediatría, los cuales tienen asignadas las siguientes camas de dotación normal en el área de hospitalización

Medicina .....39 camas

Cirugía .....33 camas

Gineco-obstetricia.....48 camas

Pediatría .....25 camas

Dentro de los anteriores servicios básicos, el hospital cuenta con las siguientes especialidades:

Medicina:	Medicina interna, psiquiatría, gastroenterología
Cirugía:	Cirugía general, cirugía pediátrica, ortopedia, oftalmología y otorrinolaringología.
Pediatría:	Pediatría y neonatología
Gineco-obstetricia	Obstetricia y ginecología

*Fuente de los datos: Archivos del Hospital de San Carlos.*

Además en la actualidad ya se cuenta con anatómo - patólogo

### **1. Sala de partos y obstetricia**

Ahora bien, este estudio se concentra en un único servicio del hospital, razón por la cual es importante presentar aunque sea de manera breve como esta organizado el servicio de obstetricia. Por los años 70, el Hospital San Carlos contaba con los Servicios de Obstetricia, y Sala de Partos, los cuales ofrecían un Servicio hasta cierto punto empírico. No se contaba con tecnología ni personal especializado, aunque era poca la dotación de camas (08) y el número de partos muy bajo (90 partos por mes), estos eran atendidos por auxiliares de enfermería, quienes de acuerdo a su criterio, solicitaban valoración de un médico general, ya que no se contaba con ginecólogo ni cirujano.

Fue en 1976 cuando ingresa la primera enfermera obstetra y el primer ginecólogo, quienes laboraban diariamente más de 12 horas para cubrir las necesidades del área.

Ya en este entonces, sí contaba el hospital con un pediatra, que apoya las necesidades de recién nacidos, Servicio que aunque estaba dentro de la misma área de Sala de Partos y era atendido por el mismo personal, se manejaba totalmente diferente.

Fue hasta en el año 1980 que ingresa una nueva obstetra y un médico ginecólogo y así fue evolucionando hasta que en 1981 se inaugura las actuales instalaciones del Hospital, época en que ya se cuenta no sólo con mayor tecnología (equipo quirúrgico), sino con instalaciones físicas, acorde con las necesidades del entorno, así como recursos humanos

especializados: había tres ginecólogos y cuatro obstétricas. El número de partos era de 2.939, manejado de acuerdo a las normas institucionales y se introduce el alojamiento conjunto (madre e hijo).

En 1989, época en que la institución va evolucionando en el campo administrativo, se inicia con las evaluaciones trimestrales de los diferentes Servicios del hospital, donde el área estudiada no sólo evidencia datos cuantitativos, sino cualitativos.

Cuantitativamente, para esta época, ya la natalidad había ascendido notablemente, con un número de partos anuales de 3.948 y un índice ocupacional de 111%. Estos indicadores se han mantenido hasta la fecha, lo que nos obliga a buscar alternativas de solución.

1. Se separa el Servicio de Ginecología con 15 camas, donde se atienden las pacientes únicamente de patología ginecológica. En estas, las más frecuentes son Amenorreas, Abscesos Bartolinos, cáncer endometrial, cistocele, enfermedad pélvica inflamatoria, hemorragias uterinas disfuncionales, etc.
2. Se creó también el Servicio de Perinatología, cuyo objetivo es la atención prioritaria de mujeres embarazadas consideradas como alto riesgo (pacientes hipertensas, diabéticas, adolescentes embarazadas, madre añosa (más de 35 años), parto preferencial, parto gemelar o trillizo, múltiparas (más de 3 hijos).

Este Servicio es atendido por una auxiliar de enfermería con experiencia en las tareas de enfermería de Sala de Partos y una obstetra. Esto permite una mejor calidad de la atención de las pacientes, sin dejar de mencionar que la demanda de atenciones en esta área sobrepasa evidentemente los límites de la oferta.

Al existir un cambio intrahospitalario administrativo y técnico, el usuario se enfrenta también al cambio social, situación esta que les insta y porqué no decirlo, a exigir una atención oportuna y de calidad.

A pesar de todo esto, los índices ocupacionales continúan haciendo picos ascendentes que sobrepasan los límites, llegando en ocasiones hasta un 167%, situación que ya no es sostenida como en los años del 80 al 94.

Uno de los problemas más importantes que se vive es la carencia del déficit de personal, tanto médico como de Enfermería, tomando en cuenta que estos recursos son los mismos desde hace diez años; no así el número de partos y de atenciones.

#### **I. La organización de la planta física del servicio de obstetricia**

Está distribuida en seis áreas, donde se atienden las pacientes de acuerdo a su estadía en la labor de parto:

1. Espera
2. Pre parto
3. Post parto
4. Post cesárea
5. Aislamiento
6. Atención del recién nacido.

#### **II. Servicio de ginecología**

- Camas: 15
- Cubículos: 03 ( dos para atención de pacientes y uno para aislamiento)

#### **III. Perinatología**

- Camas: 04 no contables, para atención de pacientes en forma ambulatoria, según cita y procedimientos.

#### **IV. Sala de partos**

Cuenta con seis áreas:

- Una de valoración con dos camas

- Dos áreas de expulsivo
- Una área de atención del recién nacido
- Cuatro cuartos para labor de parto con una cama cada uno.
- Una área de quirófano que no reúne condiciones técnicas

## **V. Recursos Materiales**

- Camas:           33 para obstetricia  
                  15 para Ginecología
- Monitores fetales           5
- Incubadoras de transporte   1
- Ultrasonidos               1
- Bombas de Infusión       5
- Computadoras               1
- Escritorios y materiales de oficina.

## **VI. Los recursos humanos**

### **VI.I. El personal Médico**

Existen cinco Ginecobstetras (uno de los cuales hace la labor de Jefatura conjuntamente con ocho horas administrativas semanales). Estos especialistas efectúan toda la labor, tanto en el área de hospitalización, como de Consulta Externa y Emergencias.

### **VI. II. Profesionales de Enfermería:**

Hay cinco obstétricas para Sala de partos y una para Perinatología. Un Enfermero 1 en Obstetricia.

**VI. III. Auxiliares de Enfermería:**

Seis auxiliares para Sala de Partos, una para Obstetricia, una para Perinatología y tres para Ginecología.

**VI. IV Asistentes de Pacientes:**

Cuatro en Sala de Partos, tres en Ginecología, tres en Obstetricia.

**VI. V. Misceláneos:**

**Uno para Sala de Partos, uno para Obstetricia y uno para Ginecología**

**Análisis socioeconómico y demográfico****1. Caracterización socioeconómica de la población de estudio**

Desde el punto de vista del número de expedientes localizados en la fechas que van entre el 1° de noviembre de 1995 al 31 de octubre de 1996, un año calendario derivan una serie de conclusiones sobre el proceso inmigratorio a la región de San Carlos y en particular al impacto de está corriente inmigratoria sobre los servicios que brinda el hospital San Carlos y muy particularmente sobre el Servicio de Obstetricia.

En un lapso de un año acudieron al servicio de obstetricia del Hospital San Carlos 5 985 pacientes, de las cuales 826 fueron Nicaragüenses lo que significa un porcentaje del 13.80% con respecto al total.

Aunque de acuerdo a las convenciones internacionales y latinoamericanas se ha establecido el grupo de edad que oscila entre los 15 y los 45 años como el período para medir y estudiar la fertilidad de las mujeres. En el caso concreto del hospital de San Carlos se encontró que existen casos documentados que se ubican antes de los 15 años. Este dato es relevante de citar en la medida que desde el punto de vista clínico cualquier parto que se aleje de los puntos antes citados se considera como un embarazo de alto riesgo, donde no solo se afecta la vida y calidad de vida del paciente y del feto.

Encontrar dicho número de casos de mujeres nicaraguenses atendidas en el Servicio de obstetricia demuestra por un lado el impacto significativo de la población



inmigrante nicaragüense a nivel del país muy particularmente a nivel de la región, donde se localiza el hospital San Carlos.

De manera que, tomando en cuenta este antecedente resulta muy significativo encontrar un alto número de mujeres en edad reproductora que asisten a los servicios de obstetricia. Visto esto de manera retrospectiva resulta de gran interés el plantearse un estudio como el propuesto en esta investigación. Algunas consideraciones podrían ampliar la magnitud de la migración, está relacionada en que los datos se concentran en un solo servicio, claro está muy importante y casi imposible de evadir en caso de parto final, en la medida en que el número de partos que se realizan en la casa hoy día en Costa Rica son bajísimos.

Como punto de partida para el análisis de las variables económicas, sociales y de salud de la población femenina nicaragüense atendida en el servicio de obstetricia del hospital San Carlos, se abordará algunos aspectos generales.

La descripción de las condiciones de salud de este grupo social está en estrecha articulación con las condiciones sociales de la población emigrante y con su situación migratoria irregular. Un 57% posee características de indocumentadas, situación que indudablemente influye, entre otros aspectos, en la atención brindadas a la población costarricense.

El porcentaje de mujeres aseguradas por el estado, representa un 45%, las que se ubican en un 94% en actividades realizadas en el hogar, por lo que se atribuye que su ingreso familiar es bastante bajo, no logrando satisfacer una de sus principales necesidades básicas, la salud de forma integral.

Ahora bien, el 15% restante la mujeres laboran como peón agrícola, servicios personales y dependientes. El sector informal constituye una alternativa de sobrevivencia para las mujeres, pues carecen de acceso a la educación y capacitación para acceder a otros campos.

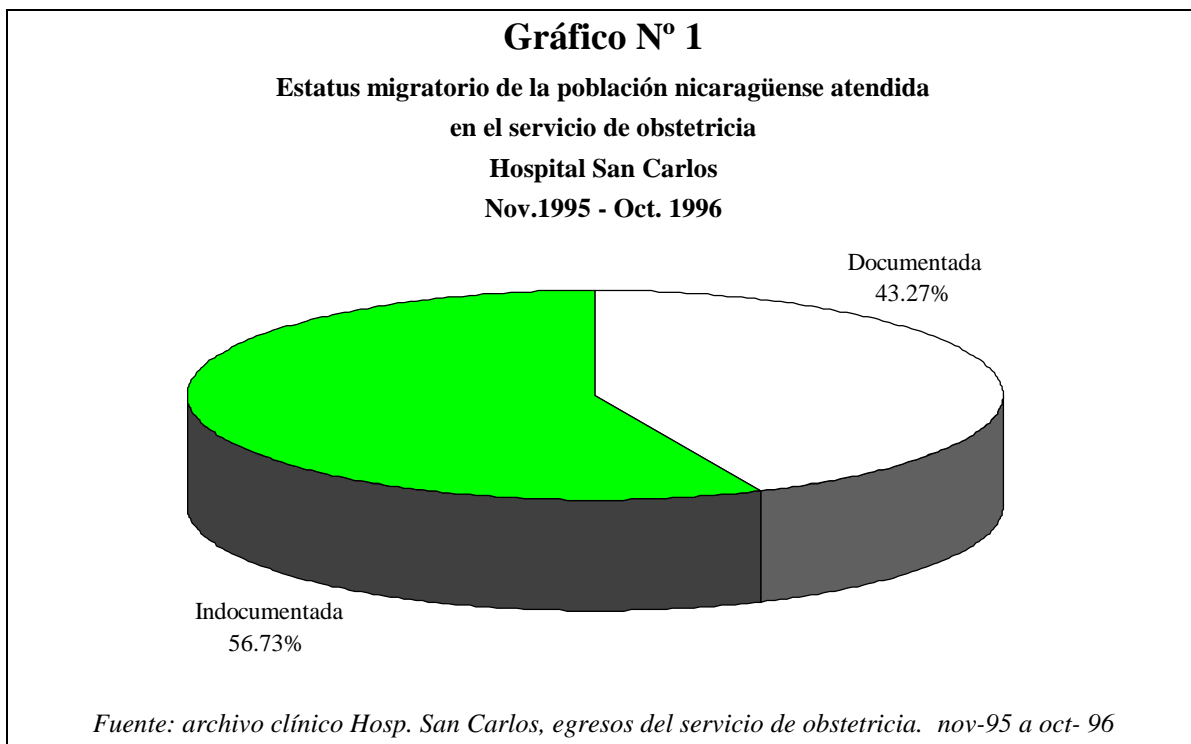
Otra situación importante de señalar, es que a nivel de pareja un 83% de las mujeres mantienen convivencia con un compañero; lo que pone evidencia los problemas de desintegración familiar.

Se desprende del cuadro anterior que 50 de las mujeres ubicadas en la categoría de unión libre tenían edades de los 10 a los 19 años, 11 meses; edad caracterizada por el

período de pubertad y adolescencia, y que cuentan con 87 partos (en relación a 275), donde estas adolescentes se enfrentan a un doble trabajo, resolver conflictos relacionados con su adolescencia y conflictos relacionados con su maternidad. Tal situación evidentemente influye sobre la familia, medio ambiente y el sector salud, que va desde un impacto directo a evasión de las cuotas, aumento de costos hospitalarios agudización de los problemas sociales. Conscientes de que la emigración que ingresa a Costa Rica posee características muy propias de la pobreza extrema por lo que durante este período el costo total por estancia hospitalaria ascendió a la suma de ¢11.148.459,00.

## 2. Caracterización sociodemográfica de la población estudiada

En esta sección se plantea una breve caracterización sociodemográfica de los 275 inmigrantes nicaragüenses que acudieron al hospital San Carlos en Ciudad Quesada. Es evidente que una primera característica es que se trata de una población femenina joven y edad reproductiva, y que todas son inmigrantes. El gráfico de estatus migratorio de estas mujeres demuestra que un 56.73 por ciento son indocumentadas, mientras un 43.27 por ciento goza de una situación migratoria acorde a lo que ha sido establecido por las leyes costarricenses para permanecer en el territorio nacional



El gráfico N° 1 demuestra que se trata de una población indocumentada, es decir que permanece en el territorio sin cumplir con los trámites migratorios que establece la constitución política costarricense y los leyes de migración.

Desde el punto de vista de la edad en que fueron atendidas al momento de presentarse al servicio de obstetricia, hay un marcado predominio de la mujeres menores de 30 años, 230 mujeres que tenían menos de 30 años, y 44 restantes tenían edades por encima de los 30 años de edad hasta un máximo de 44 años. Si se hace un análisis por cohorte de edades la mayor incidencia de mujeres que se presentó al servicio de obstetricia se localiza entre 20 y 24, cuyo número alcanzó 78 mujeres y entre 25 y 29 con 65 casos. Llama la atención el caso de 5 menos de edad con edades entra 10 y 14 que acudieron a los servicios de obstetricia.

Una característica encontrada en los patrones de fecundidad es que entre más avanza en su edad la mujer menor es la incidencia de asistencia al servicio de obstetricia, esto lo constatan los datos del cuadro N° 2 donde aparece que cohorte de mujeres inmigrantes que tenían entre 40 y 44 años tubo una baja incidencia, se registraron en el período en estudio 4 casos. Este patrón de fecundidad es muy típico en la reproducción de la mujer.

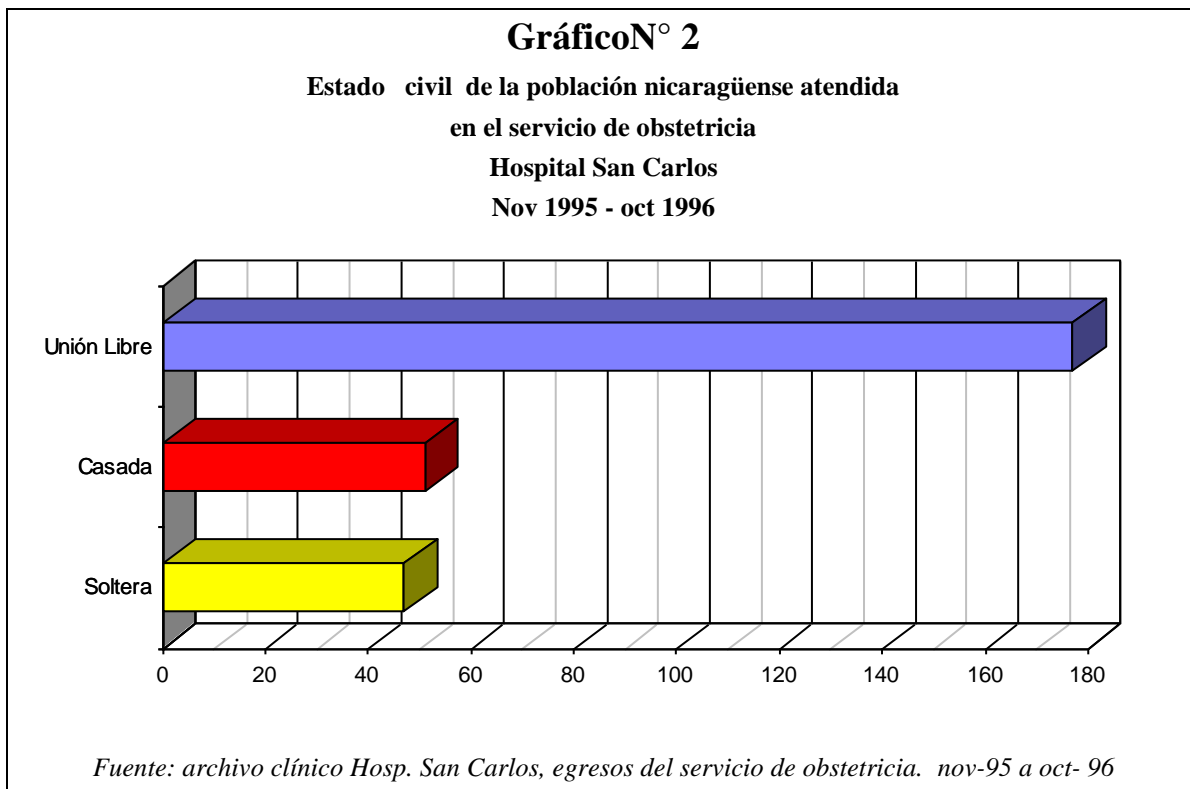
### Cuadro N° 3

Edad de la población nicaragüense atendida  
En el servicio de obstetricia  
Hospital San Carlos  
Nov 1995 - oct 1996

EDAD	POBLACIÓN	PORCENTAJE
10 a 14	5	1.82%
15 a 19	82	29.82%
20 a 24	78	28.36%
25 a 29	65	23.64%
30 a 34	29	10.55%
35 a 39	12	4.36%
40 a 44	4	1.45%
<b>TOTAL</b>	275	100.00%

*Fuente: archivo clínico Hosp. San Carlos, egresos del servicio de obstetricia. nov-95 a oct- 96*

El análisis de la variable estado civil indica que en los 275 casos en estudio, existe un amplio predominio de las mujeres que viven en unión libre, un total de 177 mujeres se encontraba bajo esta condición, lo que significa un porcentaje del 64.38 por ciento, le siguen las mujeres casadas con 51 casos que representan un 18.55 por ciento y por último las madres solteras, de las que se localizaron 47 casos y representan un 17.08 por ciento de las mujeres que asistieron al servicio de obstetricia del hospital de San Carlos en el período en estudio.



Desde el punto de vista de su condición en lo que respecta a su afiliación al régimen de seguridad social de la Caja Costarricense de Seguro Social, predominan las mujeres que se encuentran bajo la condición de asegurado de estado, donde se ubican 263 casos. El asegurado de estado se define como aquella persona que ocupa los servicios que brinda la C.C.S.S. y que en virtud de un estudio socioeconómico que realiza un departamento especializado, el individuo y la familia no tiene recursos económicos para hacerle frente a la erogación económica en que incurrió el servicio de salud de la C.C.S.S. que la atendió y por lo tanto los costos los asume la C.C.S.S.

El régimen de asegurado indirecto, en esta condición de afiliación se encontraban 82 mujeres de la población en estudio. Esto implica que para estas mujeres el cónyuge cotiza para la Caja en el Régimen de Enfermedad y Maternidad. Por otra parte, un total de 18 mujeres declararon pertenecer al régimen de aseguradas directas, es decir que por ejercer un trabajo remunerado el patrono cotiza tal y como lo exige la ley.

Resulta importante de mencionar que estos datos concuerdan en su totalidad con los datos de actividad laboral según profesión u oficio, aquí nos encontramos 18 casos de

mujeres en condición de aseguradas directas que el cuadro de profesión u oficio declararon laborar 12 como obreras y jornaleras, 1 en servicios personales y 3 como vendedoras o dependientes.

Por otro lado sobre el caso de 47 mujeres inmigrantes que se han acogido al régimen de pago directo, que es cuando el usuario de los servicios de la C.C.S.S., pagan suma mensual a la institución previo estudio de su condición socio-económica. Este grupo de mujeres representa un 17.06 por ciento del total de la población en estudio. Por último 5 casos de mujeres gozaban de los beneficios que presta la C.C.S.S. por ser aseguradas por un familiar, otro que el cónyuge. De manera que si tomamos el grueso de la población en estudio encontramos que si dividimos la población entre cotizantes y no cotizantes, se da una ligera mayoría que favorece a quienes están adscritas a alguna de las condiciones de afiliación de la C.C.S.S. que implica el pago de una cuota mensual para la C.C.S.S, esto implica 155 casos.

Entre tanto 123 casos de las mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del hospital San Carlos en virtud de su condición económica precaria son aseguradas de estado, razón por la cual los gastos que implica su atención como pacientes del hospital San Carlos, ha debido de ser asumidos por la C.C.S.S.

#### **Cuadro N° 4**

**Categoría de asegurado de la población nicaragüense  
atendida en el servicio de obstetricia  
Hospital San Carlos  
Nov 1995 - oct. 1996**

<b>Categoría Asegurado</b>	<b>Población</b>	<b>Porcentaje</b>
Aseg. Directo	18	6.55%
Conyugue E Y M	82	29.82%
Otro Familiar E Y M	5	1.82%
Aseg.Estado	123	44.73%
Pago Directo	47	17.09%
<b>Total</b>	<b>275</b>	<b>100.00%</b>

*Fuente: archivo clínico Hosp. San Carlos, egresos del servicio de obstetricia. nov-95 a oct- 96*

Desde el punto de vista de la actividad económica a que se dedicaba la población en estudio, los datos recogidos demuestran una baja calificación profesional de las inmigrantes nicaragüenses, así el 94.18 por ciento de la mujeres estudiadas declaró dedicarse a Oficios del Hogar, no se sabe si está actividad la ejercen de manera remunerada o si se trata propiamente de oficios domésticos ejecutados en el seno de la unidad familiar. De las 275 mujeres, 12 de ellas declararon ejercer actividades laborales como obreras y jornaleras, y solo una trabajaba en servicios personales, mientras tanto 3 de entre ellas laboraban como vendedoras o dependientes de comercio.

**Cuadro N° 5**  
**Oficio u profesión de la población nicaragüense**  
**atendida en el servicio de obstetricia**  
**Hospital San Carlos**  
**Nov 1995 - oct1996**

Oficio U Profesión	Población	Porcentaje
Oficios Del Hogar	259	94.18%
Obrero O Jornalero	12	4.36%
Servicios Personales	1	0.36%
Vendedora O Dependiente	3	1.09%
<b>Total</b>	<b>275</b>	<b>100.00%</b>

*Fuente: archivo clínico Hosp. San Carlos, egresos del servicio de obstetricia. nov-95 a oct- 96*

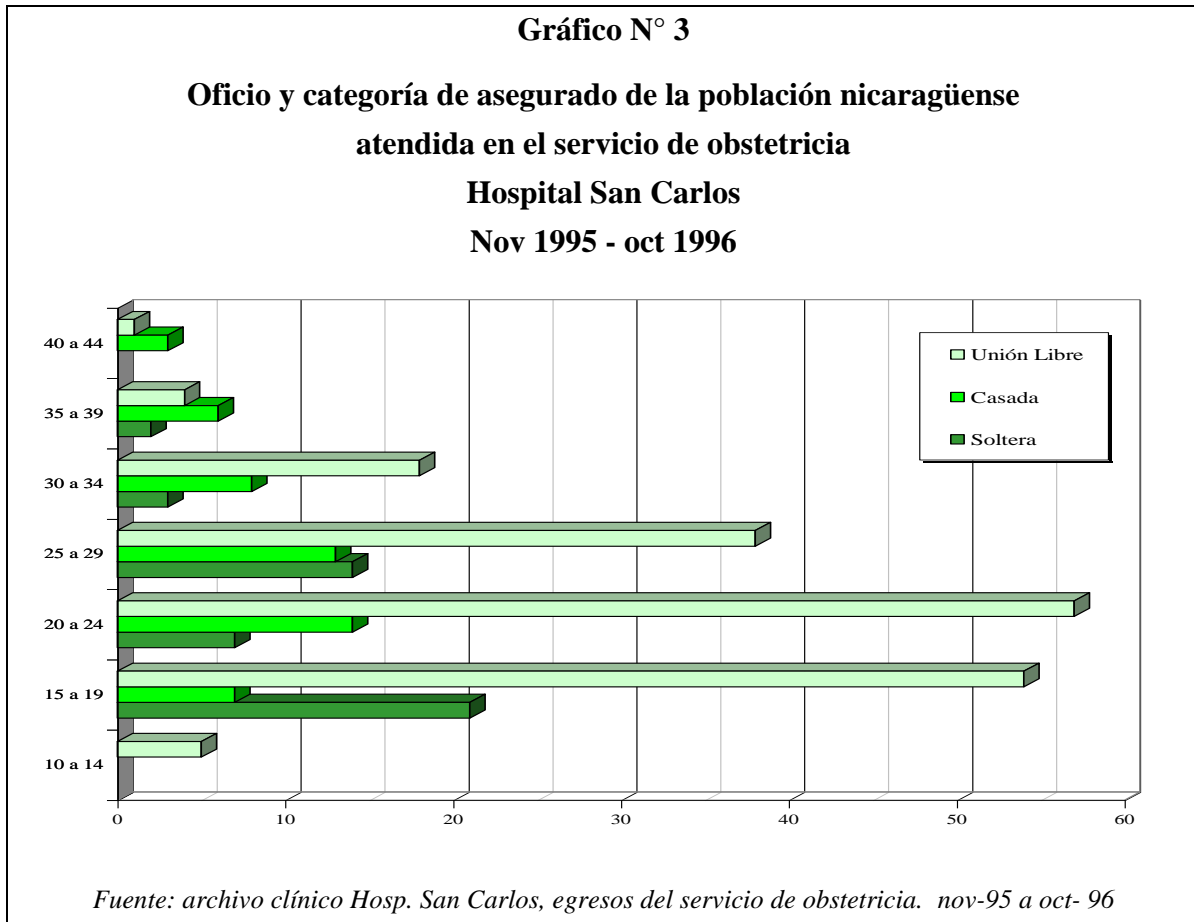
Obsérvese en el cuadro N° 4 como la población femenina dedicada a las actividades del hogar es la que representa un porcentaje muy elevado aseguradas por el estado, podría atribuirse a que no cuentan con un recurso económico solvente para asegurarse.

Lo importante de la descripción de los datos fácticos recabados en el servicio de obstetricia del hospital de San Carlos es que permiten trazar un primer esbozo del perfil socio-económico de las inmigrantes nicaragüenses que acudieron al servicio de obstetricia durante un año calendario. La idea de trazar un perfil de esta naturaleza tiene interés en la medida en que nos permite establecer las características predominantes del grupo en estudio. A manera de síntesis de esta primera parte se pueden mencionar las siguientes características:

1. Se trata de un grupo significativo de inmigrantes, que en su mayoría son mujeres jóvenes, menores de 30 años.







2. La población inmigrante nicaragüense atendida en el servicio de obstetricia desde el punto de vista de la actividad laboral se ocupaban en labores domésticas no remunerada.
3. Las mujeres que declararon tener un empleo se trata de empleos mal remunerados o que requieren una baja calificación profesional, lo que induce a pensar que muy posiblemente se trata de mujeres que a su vez poseen un bajo nivel de escolaridad.
4. Desde el punto de vista de su situación civil predominan ampliamente las mujeres que viven en unión libre.
5. En cuanto a su condición de aseguradas un significativo grupo de ellas fue atendidas bajo el cargo económico de la C.C.S.S., es decir como aseguradas de estado.

## **Análisis clínico y financiero**

### **1. Análisis de la situación clínica que presentaron las pacientes nicaragüenses que recurrieron al servicio al servicio de obstetricia entre el 01 octubre de 1995 y el 31 de noviembre de 1996**

En esta sección se analizan un conjunto de variables que buscan dilucidar la situación particular que presentaron los 275 casos de inmigrantes nicaragüenses que se presentaron al servicio de obstetricia del hospital de San Carlos en el período en estudio. El cuadro N° 5 da cuenta de la incidencia del número de mujeres embarazadas que presentó la población analizada.

En el estudio se dio seguimiento a la observación clínica que aplican los servicios de obstetricia a través del control prenatal, Este seguimiento terapéutico permite determinar el desarrollo del feto y el comportamiento de la salud de la futura madre. Es una técnica terapéutica que permite prever las condiciones de salud del feto y ayudar a mejorar las condiciones de calidad de vida de la madre durante el embarazo

Que ha 5 adolescentes entre 10 - 14 años que tuvieron sus parto en Hospital San Carlos considerándose está de alto riesgo lo que significa un 1.82%.

Entre 15 y 29 años se encuentra el porcentaje más alto siendo este de 81.82%, además agregar que en este grupo se destacan mujeres multíparas, con más de 3 hijos y grandes multiparas más de 5 hijos a sea un 24.7% se consideran multíparas y un 18.1% grandes multíparas.

Entre la 30 - 44 años estuvo 16.36% de ellas un 4.7% son multíparas y un 11.3% grandes multíparas.

Es importante destacar que entre más número de embarazos tenga la mujer más complicaciones además encontrar como son: sangrados post parto, anemias y patologías agregadas como: hipertensión arterial y diabetes mellitus.

De ahí la importancia que las mujeres acudan a este control de acuerdo a un calendario previamente establecido por el médico. Los datos recogidos en el estudio de los expedientes de las inmigrantes nicaragüenses muestran una situación muy desfavorable para el servicio de obstetricia del hospital San Carlos que de los 275 casos de mujeres nicaragüenses que se presentaron para realizar su parto en este hospital un 52.73 por ciento

de ellas no habían asistido al control prenatal, en un 15.27 por ciento la asistencia al control prenatal fue irregular, por lo cual el seguimiento clínico fue incompleto y tan solo en 88 casos, un 32 por ciento las mujeres acudieron de manera continua al control prenatal.

**Cuadro N° 6**  
**Antecedentes de cesáreas de la población nicaragüense**  
**Atendida servicio de obstetricia**  
**Hospital San Carlos**  
**Nov 1995 - oct 1996**

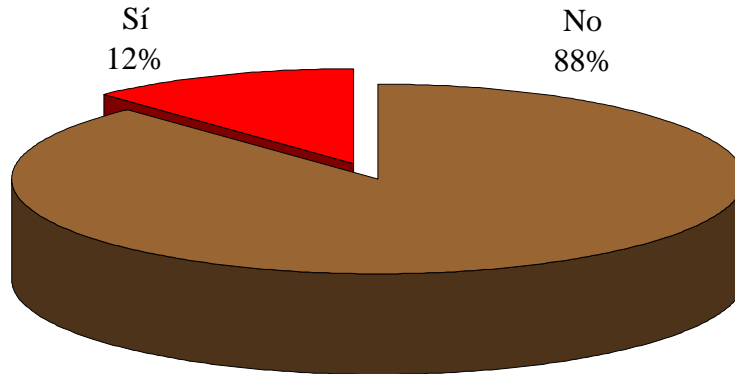
<b>N° Cesáreas</b>	<b>Población</b>	<b>Porcentaje</b>
Partos Normales	240	87.27%
1 a 2 1 Ces. Ant.	28	10.18%
3 o Más	7	2.55%
<b>TOTAL</b>	<b>275</b>	<b>100.00%</b>

*Fuente: archivo clínico Hosp. San Carlos, egresos del servicio de obstetricia. nov-95 a oct- 96*

Este porcentaje de cesáreas que de un 12.73%

En cuanto al número de partos, los datos obtenidos nos muestran que según las frecuencias establecidas de 0 partos aparecen 12 casos de mujeres, de una dos 109 mujeres que es el grupo mayoritario, de tres a cuatro aparecieron 83 casos, de cinco a seis se dieron 39 casos y la categoría más siete aparecen 32 mujeres.

**Gráfico N° 4**  
**Antecedentes patológicos de la población nicaragüense atendida**  
**servicio de obstetricia Hospital San Carlos**  
**Nov 1995 - oct 1996**



*Fuente: archivo clínico Hosp. San Carlos, egresos del servicio de obstetricia. nov-95 a oct- 96*

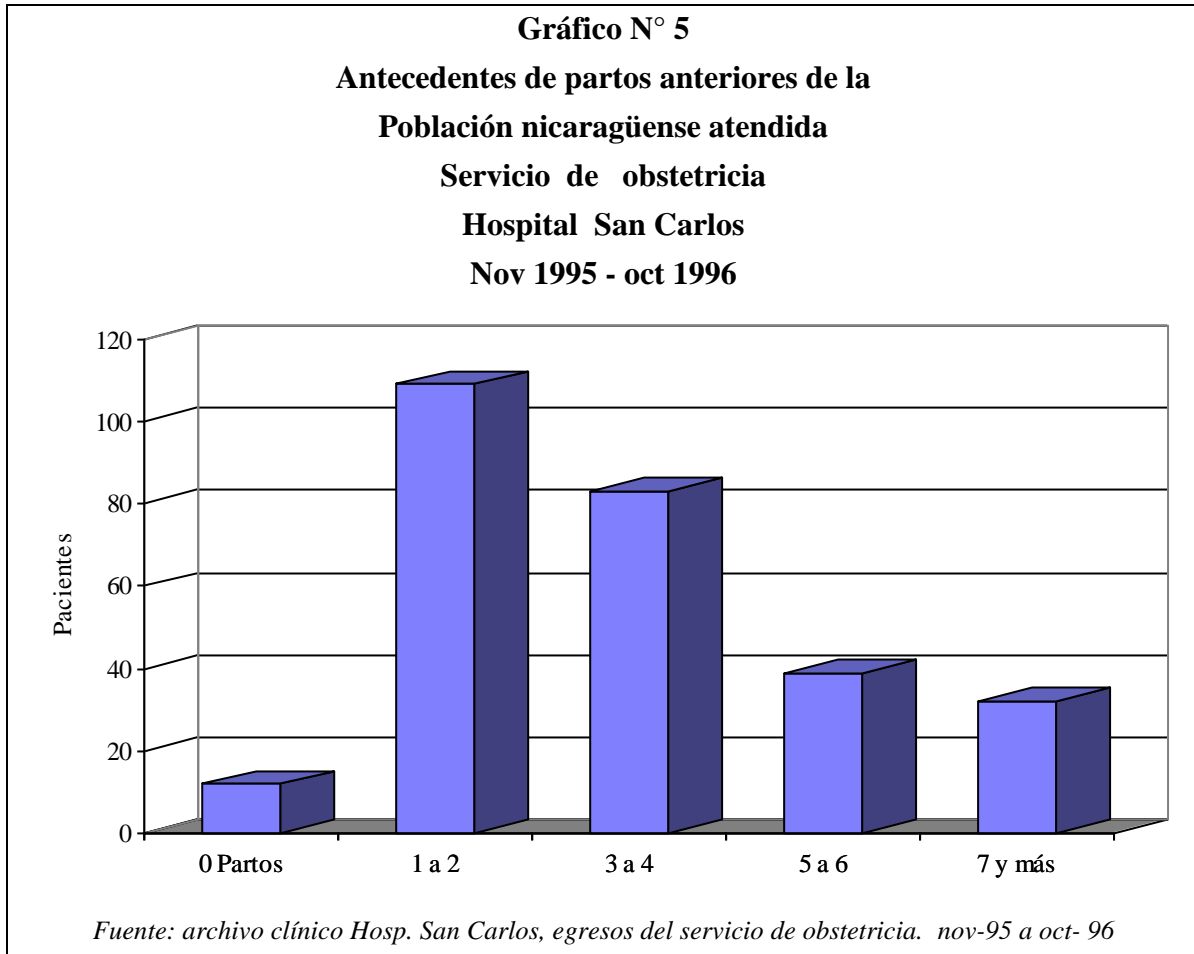
Otro aspecto de relevancia es que por las características propias de esta población emigrante, se observa que 33 mujeres (de 275) presentan enfermedades infecto-contagiosas, anemias, obesidad, e hipertensión arterial, las que podrían ser disminuidas con campañas de prevención y educación. Originariamente el proceso migratorio tiende a concentrarse en la zona fronteriza, sin embargo, se está desplazando hacia el distrito central de San Carlos.

De las mujeres inmigrantes atendidas en el servicio de obstetricia en el año en estudio 240 experimentó un parto normal y en 35 casos se requirió de la aplicación de la cirugía para lograr el alumbramiento.

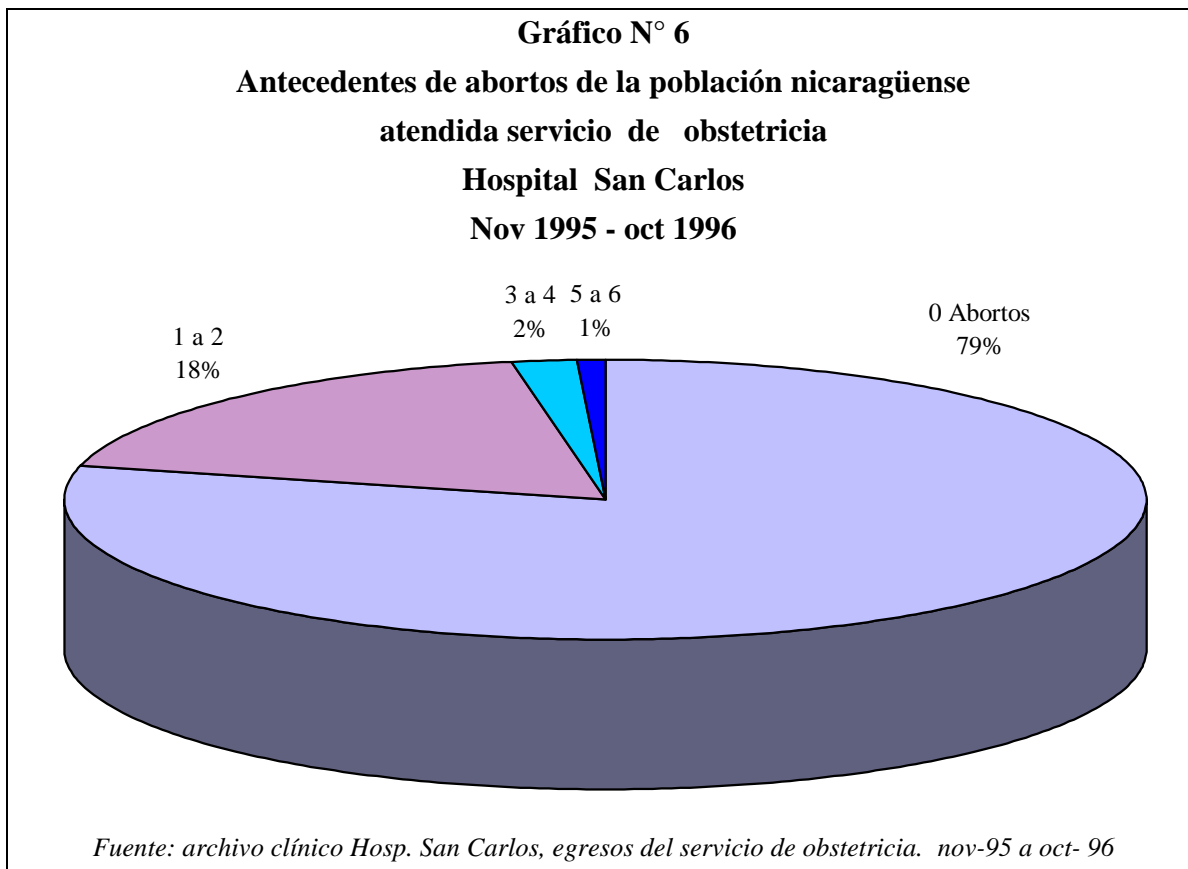
**Cuadro N° 7**  
**Antecedentes patológicos de importancia en egresos de la población nicaragüense**  
**atendida en el servicio de obstetricia**  
**Hospital San Carlos**  
**Nov 1995 - oct 1996**

<b>Patología</b>	<b>Número De Casos</b>
Ninguna	242
Anemia	10
Hipertensión Arterial	8
Asma Bronquial	2
Bocio	2
Displasia Cuello U.	2
Infección Renal	2
Malaria	2
Infección Urinaria	1
Enfermedad Cardíaca	1
Enfermedad Diarreica	1
Enfermedad Renal	1
Obesidad	1
Total	275

*Fuente: archivo clínico Hosp. San Carlos, egresos del servicio de obstetricia. nov-95 a oct- 96*



En relación al número de abortos podemos observar que un 21% de la población presenta antecedentes de aborto y se considera que 2.55% son pacientes de riesgo.



## II. Análisis Del Impacto Financiero de la Población Nicaragüense Atendida en el Servicio de Obstetricia del Hospital San Carlos. Nov 1995 - Octubre 1996

De acuerdo con los costos generales de este centro médico que se han procesado mensualmente en las fechas señaladas los 275 casos atendidos han acumulado un total de 551 días estancias y cuyo costo asciende globalmente a al suma de ¢11.148.459,00. Aún cuando la estancia promedio de los pacientes Nicaragüenses atendidas en el servicio de obstetricia fue de 2 días por paciente que resulta de la división días estancia entre número de egresos. La cual guarda relación con las norma institucional para un Hospital regional que es de 2 días por paciente.

En el mes de abril se trabajo con una estancia de 3.9 días por paciente, por lo que hubo 1 paciente que tuvo 26 días de estancia por diagnostico de ingreso amenaza de aborto y que al final concluyo con un legrado uterino instrumental (L V ), por lo que se supera la norma institucional.

En cuanto al aumento de costos por estancia del mes de setiembre y octubre 96, se debe a que a pesar de que la producción mes con mes fue aumentando. No hubo una disminución en el gasto esperado, por lo que se origino un incremento en el costo de la estancia producto del aumento en el pago de salarios del personal médico y de enfermería.

**Cuadro N° 7**

**Costos hospitalarios de la población nicaragüense atendida en el servicio  
de obstetricia del Hospital San Carlos**

**Nov. 1995 - Oct. 1996**

<b>Mes</b>	<b>Egresos</b>	<b>Días Estancia</b>	<b>Días Estancia</b>	<b>Costo Por Estancia</b>	<b>Costo Total Estancias</b>
Nov 95	16	35	2.19	17,892	626,220
Dic 95	19	39	2.05	21,285	830,115
Enero	19	43	2.26	20,405	877,415
Febrero	20	49	2.45	27,229	1,334,221
Marzo	21	44	2.10	17,463	768,372
Abril	19	74	3.89	18,705	1,384,170
Mayo	23	54	2.35	19,019	1,027,026
Junio	22	48	2.18	20,355	977,040
Julio	29	47	1.62	16,816	790,352
Agosto	28	62	2.21	19,456	1,206,272
Septiembre	31	28	0.90	23,653	662,284
Octubre	28	28	1.00	23,749	664,972
<b>Total</b>	<b>275</b>	<b>551</b>	<b>2.00</b>		<b>11,148,459</b>



## CONCLUSIONES

De la investigación realizada y de los cuadros estadísticos aportados se logra determinar lo siguiente que la mayoría de las mujeres que migran de Nicaragua a Costa Rica son jóvenes, se dedican a oficios domésticos, en condiciones de salud aceptables, la mayoría conviven en unión libre un 64.3% y un 18.55% son solteras.

Que el problema migratorio está lejos de resolverse, a pesar de que han existido convenios en CCSS y el Ministerio de Salud de Nicaragua desde abril de mil novecientos ochenta (1980), otra anterior entre la CCSS y Instituto Nicaragüense de Seguro Social en el mes de julio de 1976 las mismas no se han cumplido y además de que el mismo se refiere solo a pacientes documentados.

El gran porcentaje de población indocumentada hace inclusive más difícil la situación. Esto ha implicado en el caso concreto del Hospital San Carlos una alteración de toda la dinámica institucional en virtud del alto número de pacientes inmigrantes nicaragüenses que son atendidas por el nosocomio.

Pacientes que no son tomadas en cuenta en el momento de ejecutar los problemas financieros por los cuales se va a regir la institución para el año fiscal al reducirse ese desbalance financiero, el nivel de atención para el paciente costarricense va a bajar en virtud de que disminuye la asistencia médica, producto del elevado volumen de atención de esta población.

El asegurado costarricense es el que está financiando la atención de nicaragüenses.

El Hospital San Carlos le fue asignado en 1995 un presupuesto de ₡1 995 679 969.00, desglosado en las siguientes :

Servicios personales	¢1 173 254 027.00	58.7%
Servicios no personales	¢ 80 969 150.00	4.3%
Materiales y suministros	¢ 142 528 500.00	7.8%
Materiales y sumi no efect.	¢ 400 748 300.00	20.0%
Transferencias corrientes	¢ 193 576 700.00	9.6%
Servicios de la deuda	¢ 4 653 292.00	0.23%

Para el período 1996 al Hospital le fue asignado la suma presupuestaria de ¢2 306 millones ( 2 306.000.00) desglosado en las siguiente partidas:

Servicios personales	¢1 331 211 588.00	57.7%
Servicios no personales	¢ 103 613 200.00	4.49%
Materiales y suministros	¢ 170 115 000.00	7.49%
Materiales y sumi no efect.	¢ 470 608.160.00	20.43%
Transferencias corrientes	¢ 217 501 500.00	9.42%
Servicios de la deuda	¢ 13 715 200.00	0.59%

Si comparamos la cifra de ¢ 11 309 715.00 lo consumido por 275 pacientes Nicaragüense, podemos decir que el costo promedio por estancia fue de ¢41 126.23.

Esto por 826 egresos nos da una suma de ¢33 970 265.98 como costo total.

Si analizamos que el servicio de obstetricia del Hospital San Carlos, ocupa solo un porcentaje del total de camas del Hospital un 26.20% ( 38 camas).

Podemos deducir que el gasto es significativo y que lo recuperado por la Institución es poco por la asistencia de la población en estudio..



## RECOMENDACIONES

1. Revisar las políticas y convenios existentes, con el propósito de determinar de una manera adecuada por parte de las autoridades de la CCSS y el gobierno de la República para la atención médica y recuperación de gastos de esta población.
2. Adicionar anualmente, sumas de presupuesto de acuerdo a los registros estadísticos, para no bajar la calidad de la atención a toda la población que requiera los servicios médicos.
3. Elaboración de datos estadísticos actualizados que permitan tener información de la situación migratoria de la zona, con el propósito de poder elaborar de una manera real el Plan Operativo Anual.

Apoyo en el control prenatal a la mujer embarazada desde que ingresa al país para evitarle complicaciones.