Las opiniones expresadas en las publicaciones de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) corresponden a los autores y no reflejan necesariamente las de la OIM. Las denominaciones empleadas en este informe y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OIM, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados, o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites.

La OIM está consagrada al principio de que la migración, de forma ordenada y en condiciones humanas, beneficia a los migrantes y a la sociedad. En su calidad de organismo intergubernamental, la OIM trabaja con sus asociados de la comunidad internacional para ayudar a encarar los crecientes desafíos que plantea la gestión de la migración; fomentar la comprensión de las cuestiones migratorias; alentar el desarrollo social y económico a través de la migración, y velar por el respeto de la dignidad humana y el bienestar de los migrantes.

Publicado por:
Organización Internacional para las Migraciones (OIM) - Nicaragua
Ofiplaza El retiro, Edificio 5, Suite 522
Managua, Nicaragua
Tel. +505 22789569

BORRADOR

© 2015 Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

Quedan reservados todos los derechos. La presente publicación no podrá ser reproducida íntegra o parcialmente, ni archivada o transmitida por ningún medio (ya sea electrónico, mecánico, fotocopiado, grabado u otro), sin la previa autorización por escrito del editor.

PERFIL DE LA SALUD DE LAS PERSONAS MIGRANTES EN NICARAGUA

BORRADOR

Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

BORRADOR

INDICE

LISTA DE ABREVIACIONES 8

GLOSARIO DE TÉRMINOS 10

RESUMEN EJECUTIVO 14

I. INTRODUCCION 20

II. ALGUNOS CONCEPTOS SOBRE SALUD Y MIGRACION 21

III. CONTEXTO DE SALUD Y MIGRACION 24

A. Flujos migratorios 24

1. Inmigrantes en Nicaragua 25

2. Emigración de nacionales 25

3. Países de destino de migrantes nicaragüenses 26

4. Principales países de destino, según declaración de migrantes retornados/as e informantes de familias fragmentadas 27

5. Participación de las mujeres en el proceso migratorio 28

6. Situación migratoria al momento de viajar 30

B. Poblaciones con mayor vulnerabilidad 30

C. Resumen del perfil nacional de salud 30

1. Situación de salud de la población nicaragüense 31

D. Legislación en salud relativa a migración 34

IV. RIESGOS Y VULNERABILIDADES PARA LA SALUD 38

A. Percepción de riesgos 38

1. Riesgos en el tránsito 38

B. Prácticas, comportamientos, roles familiares 39

C. Consumo de drogas y alcohol 40

BORRADOR

D. Estigma, discriminación 41
E. Violencia 41
1. Nivel nacional 41
2. Departamentos seleccionados: violencia contra menores 42
V. PERFIL SOCIO EPIDEMIOLOGICO DE LA PERSONA MIGRANTE 44
Edad y sexo 44
A. Perfil socio económico de la población migrante 47
1. Panorama Nacional 47
B. Salud mental 52
1. Estado anímico de familias fragmentadas 53
2. Migrantes retornados/as 54
C. Morbilidad asociada al ciclo migratorio 55
D. Salud Sexual y Reproductiva 56
1. Fecundidad 56
2. Planificación familiar 56
E. VIH 59
1. Situación epidemiológica nacional de VIH 59
2. Familias fragmentadas y migrantes retornados/as 60
F. Tuberculosis 62
G. Otras patologías relacionadas a la migración 63
1. Ébola 63
2. H1N1 64
IIV. ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD 65
A. Resumen del sistema de salud nacional 66
B. Recursos de autocuidado 67
C. Apropiación de la oferta existente 68

BORRADOR

D. Necesidades de salud 69

IIIV. Conclusiones y Recomendaciones 70

Conclusiones 70

Recomendaciones 71

BIBLIOGRAFIA 73

ANEXOS 76

BORRADOR

LISTA DE ABREVIACIONES

CENIDH	Centro Nicaragüense de Derechos Humanos
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
COMISCA	Consejo de Ministros de Centroamérica
CONISIDA	Comisión Nicaragüense del SIDA
DGME	Dirección General de Migración y Extranjería
DUDH	Declaración Universal de los Derechos Humanos
EDA	Enfermedades Diarreicas Agudas
ENDESA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ICAD	Instituto Contra el Alcoholismo y la Drogadicción
IMILA	Investigación de la Migración Internacional en Latinoamérica
INIDE	Instituto Nacional de Información de Desarrollo
INSS	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
ITS	Infección de Transmisión Sexual
MINSA	Ministerio de Salud
MOSAFC	Modelo de Salud Familiar y Comunitaria
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIB	Producto Interno Bruto

PIDESC	Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales
SILAIS	Sistema Local de Atención Integral en Salud
SSR	Salud Sexual Reproductiva

BORRADOR

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Término	Definición[1]
Emigración	Acto de salir de un Estado con el propósito de asentarse en otro. Las normas internacionales de derechos humanos establecen el derecho de toda persona de salir de cualquier país, incluido el suyo. Sólo en determinadas circunstancias, el Estado puede imponer restricciones a este derecho. Las prohibiciones de salida del país reposan, por lo general, en mandatos judiciales.
Estigma	Condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que su portador sea incluido en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como culturalmente inaceptable o inferior.
Familia	Grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción.
Familia fragmentada	Unidad familiar en una comunidad de origen con uno o varios miembro(s) residiendo en el exterior del país. Separación familiar por razones migratorias. De este modo, el concepto de "fragmentación" tendrá un sentido positivo en relación con otras situaciones que se caracterizan por una ruptura irreversible (separación por defunción) o conflictiva. En este contexto la migración está motivada por la búsqueda de un mejoramiento de las condiciones de vida de los miembros de la familia.
Fortalecimiento institucional	Fortalecimiento institucional o de las capacidades de un Gobierno y de la sociedad civil, mediante el mejoramiento de sus conocimientos, destrezas y aptitudes. Ello puede consistir en un proyecto sustantivo con un Gobierno asociado o, en otras circunstancias, puede llevarse a cabo a través de una agenda multilateral/bilateral de cooperación que desarrollarán las autoridades competentes. En todo caso, con la creación o el fortalecimiento de las capacidades, se busca mejorar las capacidades administrativas de los países.
Gestión migratoria	Término que se utiliza para designar las diversas funciones gubernamentales relacionadas con la cuestión migratoria y el sistema nacional que se encarga, en forma ordenada, del ingreso y la presencia de extranjeros dentro de los límites de un Estado y de la protección de los refugiados y otras personas que requieren protección.
Grupos vulnerables	Grupos o sectores de la sociedad con mayores posibilidades que otros grupos

[1] Para mayor informació9n puede consultar a OIM, *Glosario sobre Migración*, Derecho Internacional sobre Migración N°7, 2006.

BORRADOR

	dentro del Estado de ser sometidos a prácticas discriminatorias, violencia, desastres naturales o ambientales o penuria económica. Cualquier grupo o sector de la sociedad (mujeres, niños, ancianos) más vulnerables en período de conflicto o de crisis.
Inmigración	Proceso por el cual personas no nacionales ingresan a un país con el fin de establecerse en él.
Libertad de circulación	Este derecho está basado en tres elementos fundamentales: libertad de circulación en el territorio de un Estado (Art. 13 (1) de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948: "Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado."), derecho a salir y a regresar a su propio país. (Art. 13 (2) de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948: "Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y a regresar a su país").
Migración de retorno	Movimiento de personas que regresan a su país de origen o a su residencia habitual, generalmente después de haber pasado por lo menos un año en otro país. Este regreso puede ser voluntario o no. Incluye la repatriación voluntaria.
Migración internacional	Movimiento de personas que dejan su país de origen o en el que tienen residencia habitual, para establecerse temporal o permanentemente en otro país distinto al suyo. Estas personas para ello han debido atravesar una frontera. Si no es el caso, serían migrantes internos.
Migración irregular	Personas que se desplazan al margen de las normas de los Estados de envío, de tránsito o receptor. No hay una definición universalmente aceptada y suficientemente clara de migración irregular. Desde el punto de vista de los países de destino significa que es ilegal el ingreso, la estadía o el trabajo, es decir, que el migrante no tiene la autorización necesaria ni los documentos requeridos por las autoridades de inmigración para ingresar, residir o trabajar en un determinado país. Desde el punto de vista de los países de envío la irregularidad se observa en los casos en que la persona atraviesa una frontera internacional sin documentos de viaje o pasaporte válido o no cumple con los requisitos administrativos exigidos para salir del país. Hay sin embargo una tendencia a restringir cada vez más el uso del término de migración ilegal a los casos de tráfico de migrantes y trata de personas.
Migración neta	La migración neta o balance de la migración resulta de la diferencia entre ingresos y salidas. A este balance se le denomina inmigración neta cuando los ingresos exceden las salidas, y emigración neta cuando las salidas son mayores que los ingresos.
Migración saludable	El término expresa un anhelo de inclusión. Equidad y desarrollo, basado en el derecho humano a la salud y que permite la creación de condiciones dignas a las personas, independientemente del lugar donde se encuentren, nacional o condición migratoria.

BORRADOR

Migrante	A nivel internacional no hay una definición universalmente aceptada del término "migrante." Este término abarca usualmente todos los casos en los que la decisión de migrar es tomada libremente por la persona concernida por "razones de conveniencia personal" y sin intervención de factores externos que le obliguen a ello. Así, este término se aplica a las personas y a sus familiares que van a otro país o región con miras a mejorar sus condiciones sociales y materiales y sus perspectivas y las de sus familias.
Remesa	Suma de dinero ganada o adquirida por los/as migrantes nacionales, trasferida a su país de origen.
Retorno	En sentido amplio, acto o proceso de regresar. El retorno puede ser dentro de los límites territoriales de un país como, por ejemplo, los desplazados internos que regresan y los combatientes desmovilizados; o, desde el país receptor (tránsito o destino) al país de origen, como por ejemplo los refugiados, los solicitantes de asilo y nacionales calificados. Hay subcategorías de retorno que describen la forma en que se organiza: voluntario, forzoso, asistido y espontáneo; y otras subcategorías que describen las personas objeto del retorno como, por ejemplo, repatriación (de refugiados).
Retorno voluntario	El regreso independiente o asistido al país de origen, de tránsito u a un tercer país basado en la libre voluntad de la persona que regresa.
Salud	Estado de completo bienestar físico, mental y social de una persona y no solamente ausencia de enfermedades.
Trata de personas	La captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. (Art. 3 (a) del Protocolo para prevenir, suprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, 2000).
Xenofobia	Odio, repugnancia u hostilidad hacia los extranjeros. En el ámbito internacional no hay una definición aceptada de xenofobia aunque puede ser descrita como actitudes, prejuicios o conductas que rechazan, excluyen y, muchas veces, desprecian a otras personas, basados en la condición de extranjero o extraño a la identidad de la comunidad, de la sociedad o del país. Hay una relación muy estrecha entre racismo y xenofobia, términos difíciles de separar.

BORRADOR

BORRADOR

RESUMEN EJECUTIVO

El presente *Perfil de la Salud de las Personas Migrantes en Nicaragua* tiene como propósito generar conocimientos sobre la salud de las personas migrantes y sus familiares para promover un abordaje integral e inclusivo del tema y ofrecer recomendaciones para la respuesta a las necesidades que presentan estas poblaciones.

El concepto de Salud que la OIM promueve es un concepto inclusivo, considerando a la migración como un determinante social de la salud de los migrantes, que requiere ser atendido adecuadamente por las políticas de salud pública mediante programas específicos y multisectoriales. Lo anterior en coherencia con la Resolución sobre la salud de los migrantes de la Asamblea Mundial de la Salud (Resolución 61.17) que hace un llamado a los Estados miembros a: "reconocer que la salud de los migrantes es un importante asunto de salud pública".

La experiencia migratoria puede conllevar riesgos en la salud desde diversas perspectivas y tanto en el origen, tránsito, destino como retorno. Las condiciones bajo las cuales la persona ha migrado también tienen una incidencia en las repercusiones en la salud de las personas. En este marco, la OIM ha identificado la necesidad de indagar sobre la condición de salud, acceso a los servicios, riesgos y vulnerabilidades de las personas migrantes, incluyendo a migrantes retornados, y sobre las familias fragmentadas por el proceso de migración.

El documento fue elaborado con el apoyo financiero del Fondo de la OIM para el Desarrollo: *Fomento de capacidades en gestión de la migración*, en el marco del proyecto "Fortalecimiento de capacidades de los gobiernos de El Salvador, Nicaragua, Honduras y Guatemala para abordar la salud de los migrantes desde un enfoque multisectorial". Se constituye como una síntesis del *Estudio sobre la condición de salud, acceso a los servicios, riesgos y vulnerabilidades específicos a la migración en Nicaragua 2014*, realizado por el Servicio Jesuita para los Migrantes para el Proyecto de la OIM antes mencionado.

Para realizar dicho estudio, se seleccionaron los departamentos fronterizos de Chinandega, Rivas, Río San Juan, Nueva Segovia y Managua, por ser la capital y mayor emisora de población, a fin de aplicar encuestas y grupos focales con migrantes y familiares de personas migrantes. Junto con la revisión de diversas fuentes secundarias, de ahí surge el perfil socio epidemiológico, el análisis de la disponibilidad y acceso a los servicios de salud presentados en este *Perfil de la Salud de las Personas Migrantes en Nicaragua*.

BORRADOR

NICARAGUA, PAÍS EMISOR DE POBLACIÓN

Nicaragua cuenta con una población de 6, 1 millones de habitantes, para el año 2014 (INIDE, 2007). Asimismo, indica que para el quinquenio 2010/2015, Nicaragua presenta una tasa negativa de migración internacional, que en términos absolutos significa que salieron del país 190,006 personas, lo que equivale a que 38 mil nicaragüenses salen anualmente del país en el quinquenio mencionado. Una gran parte de esta población, en su mayoría joven y con una participación cada vez más numerosa de mujeres, está sujeta a condiciones de alta vulnerabilidad. A cambio, el país recibe remesas, entre otras remesas financieras, las cuales representaron en el año 2014 el 9.7% del PIB (BCN, 2015). Las remesas tienen un impacto positivo en la balanza de pago, así mismo pueden contribuir al desarrollo del país y al bienestar de las familias que quedan en las comunidades de origen.

De acuerdo con los resultados de las encuestas realizadas a familias fragmentadas en los departamentos seleccionados, las remesas son utilizadas principalmente para gastos médicos y en segundo lugar en mejora de la casa. Las remesas no sustituyen a las políticas y programas sociales, y también hay que considerar los costos personales y sociales de la emigración que, entre otros, se manifiestan en numerosos casos de desintegración familiar y de niños que quedan a cargo de parientes.

Los emigrantes nicaragüenses como mínimo sumaban 567 mil personas alrededor del año 2010 (Martínez Pizarro, 2014). En años más recientes se estima que 800 mil nicaragüenses residen en el exterior (OIM, 2013), lo que significa el 13% con respecto a la población total de Nicaragua. El destino principal de los emigrantes es Costa Rica, con una proporción mayor al 50% con respecto a los emigrantes totales, le sigue un poco más distante los Estados Unidos de América. España, desde una década, adquiere importancia como país de destino de emigrantes nicaragüenses. Las razones por las cuales los encuestados han referido que emigran son por búsqueda de empleo y mejorar sus condiciones de vida.

Nicaragua, por su posición geográfica, es también país de tránsito de migrantes procedentes de la región latinoamericana y de otros continentes como África y Asia (migración extracontinental), que llevan como destino final México, Estados Unidos de América y Canadá.

SITUACIÓN DE LA SALUD DE NICARAGUA: MEJORÍA EN INDICADORES NACIONALES DE SALUD

La gratuidad y universalidad de los servicios de salud es un objetivo primordial del Gobierno de Nicaragua, como parte de la restitución del derecho a la salud. El desarrollo del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria (MOSAFC), mandata tanto satisfacer las necesidades de servicios de salud de la población, como mejorar la calidad de los mismos. Este modelo aún plantea desafíos respecto a mayor cobertura y calidad de la atención en lugares de difícil acceso.

BORRADOR

Nicaragua está en la fase de "plena transición demográfica", producto de un descenso sostenido de la fecundidad y de la mortalidad, que tiene su efecto en el cambio de la estructura de edad de la población. Implica también cambios en el perfil epidemiológico del país, debido a que disminuye la población joven con riesgo de contraer enfermedades del grupo de las transmisibles y aumenta la población de los grupos de mayor edad que se caracteriza más bien por enfermedades del tipo crónico degenerativas.

Entre las principales razones de consultas son las derivadas de "las enfermedades infecciosas comunes, como las de vías respiratorias superiores, vías urinarias y las infecciones del tracto gastrointestinal (…) y aparecen las enfermedades crónicas de mayor impacto en la mortalidad y morbilidad como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la artritis reumatoide" (MINSA, 2014).

El análisis de la situación de salud y sus tendencias demuestra la reducción de las tasas de mortalidad infantil y general. Los datos muestran el evidente paso adelante que ha dado Nicaragua en la problemática de la mortalidad infantil, puesto que el valor de esta tasa para el año 2011/2012, era de 17 defunciones de niños menores de un año por mil nacidos vivos (INIDE y MINSA, 2013), cumpliendo así con los compromisos contraídos en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). De igual forma, la esperanza de vida al nacer en el quinquenio 2010/2015 muestra el aumento que ha llevado a Nicaragua, en 10 años, al pasar de 72.89 años en el quinquenio 2005/2010 a 74.51 años (INIDE, 2007).

La razón de mortalidad materna era de 50.8 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos en el año 2012, lo cual refleja una significativa reducción con respecto al año 2011 (62.7). Es de esperarse que se haya incrementado la calidad en la atención de la embarazada, con el respectivo acceso a los controles prenatales por profesionales de la salud y parto en establecimientos de salud, así como el incremento del número de casas maternas (146), principalmente para la atención de mujeres embarazadas del área rural.

En cuanto al comportamiento reproductivo, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) de 2.4 hijos por mujer (INIDE y MINSA, 2013), sigue presentando descenso debido a la prevalencia de anticonceptivos modernos (77.3%) y a la inserción de las mujeres en el mercado laboral.

El patrón epidemiológico se caracteriza por la prevalencia de enfermedades transmisibles y paulatinamente se incrementa el paso de enfermedades asociadas al relativo envejecimiento de la población. Las principales causas de muerte a nivel nacional son las Enfermedades del Sistema Circulatorio y los Tumores (MINSA, 2014).

RIESGOS Y VULNERABILIDADES DE LAS PERSONAS MIGRANTES

La información recopilada en este *Perfil de la Salud* indica que las personas migrantes son personas jóvenes, que a partir de los 20 años toman la decisión de emigrar en busca de nuevas

BORRADOR

oportunidades de desarrollo personal y comunitario. La mayoría de nicaragüenses que han emigrado, no logran obtener la total regularización en el país de destino (40.6%), prevaleciendo Costa Rica, como la nación receptora de nicaragüenses irregulares y en menor medida Estados Unidos de América. Esta situación vulnera los derechos de las personas migrantes, limitando el acceso a los servicios básicos, incluidos los de salud.

La irregularidad no pareciera fungir como un impedimento para encontrar trabajo, pero los costos son altos incluyendo el potencial detrimento de la salud física y mental de las personas migrantes, así lo refirieron las personas encuestadas: maltrato, denegación de los servicios de salud, condiciones laborales precarias y algunas veces extenuantes. Cuando toman la decisión de emigrar hacia el norte, el contacto con los coyotes comienza en Guatemala. A partir de ahí, el tránsito hacia México hasta la llegada a Estados Unidos de América, está plagado de riesgos e inseguridades. La deshidratación, la hipotermia, la pérdida de fuerzas, el hacinamiento, la asfixia son situaciones que pueden impedir la llegada al destino del migrante o su deceso en el camino. La trata de personas, el secuestro o la extorsión son riesgos que vienen a añadirse a los propios del camino.

La exposición a los riesgos relacionados con los movimientos de población hace que los migrantes sean más vulnerables a los trastornos psicosociales, el uso indebido de drogas, el alcoholismo y la violencia. Las mujeres encuestadas declararon en su mayoría que sufrieron con mayor rigor la violencia verbal (93.8%). Por otro lado son los hombres quienes recibieron agresiones físicas (18.2%) y finalmente en lo que respecta a la violencia sexual solamente las mujeres fueron objeto de ello. El cruce de frontera afecta especialmente a mujeres y niños y estos últimos cuando se quedan en las comunidades de origen al cuido de familiares tienen un gran impacto psicosocial.

Roles de familiares de migrantes

El mayor porcentaje de encuestados/as, declararon que quienes han emigrado de sus familiares son las madres, los hijos/hijas. Esto induce a pensar que el incremento de la migración de mujeres es un hecho y la organización del hogar adquiere nuevos roles, dentro del hogar. Las mujeres migrantes dejan a sus hijos/hijas con otras mujeres --abuelas, hermanas, tías o hijas mayores-, quienes asumen las responsabilidades productivas/domésticas.

El proceso migratorio también tiene impacto en la socialización por género de aquellos niños que crecen con sus abuelas, que tienen valores más conservadores hacia los roles de género, reforzando en los papeles tradicionales en la educación de menores. Asimismo, crea incertidumbre sobre el futuro familiar y a veces situaciones de abandono, provocan deserciones escolares y desarrollo personal inadecuado. Esto puede causar más estrés intrafamiliar cuando los niños crecen y, como bien se menciona en una entrevista, “las madres muchas veces regresan cuando los hijos entran en la adolescencia ya que las abuelas no pueden tratar más con ellos”.

BORRADOR

Perfil socio económico de la persona migrante: departamentos seleccionados

Algunas características

El 42.7% del total de la población nicaragüense vive en condiciones de pobreza general y 7.6% lo hace en condiciones de pobreza extrema. Los hogares que perciben mejoría en su bienestar, lo vinculan con un incremento de sus ingresos y a la mayor recepción de remesas (FIDEG, 2013,).

En lo que concierne a familias fragmentadas, son los jóvenes de 20- 29 años, quienes presentan el mayor porcentaje de familiares de migrantes, según los encuestados. Con relación a migrantes retornados (as), el grupo de edad que sobresale es el comprendido entre 31-35 años para varones y para las mujeres el grupo de 26-30 años. En resumen se trata de una migración de población en edad productiva y reproductiva.

El ingreso de las familias fragmentadas es bastante precario. Solamente el 8.3% están en el rango de ingreso de C$10,000- C$15,000 Córdobas, que pueden prácticamente adquirir la canasta básica. Las remesas son los únicos ingresos para la gran mayoría de familias fragmentadas.

En lo referente a las actividades laborales de las y los miembros de familias fragmentadas encuestados, el mayor porcentaje lo representan las amas de casas (51.1%) y los estudiantes en orden de importancia (26.1%). Las y los migrantes retornados, refirieron que las ocupaciones a las cuales se insertaron, cuando estuvieron en el exterior, fueron principalmente de obreros (70.7%), seguido de cuenta propia, - categoría que oculta la actividad de servicios como el de limpieza y de cuidados a niños y de adultos mayores.

Patologías más comunes de la población encuestada

La relación de estabilidad emocional con la obtención del trabajo (y, por ende, de ingresos) es muy alta, cuando la población migrante se encuentra en el exterior. Más que miedo a enfermarse, el miedo es a no tener trabajo. La depresión afecta principalmente a las familias fragmentadas (15.4%) y también a los retornados/as cuando estaban residiendo en el extranjero.

Las afectaciones respiratorias son las que de manera relevante padecieron los migrantes, durante su estadía en el exterior (41.9%). Asimismo, las familias fragmentadas presentan alta proporción de este tipo de enfermedad (23.6%).

Con relación a la salud sexual reproductiva (SSR)

Los servicios de salud sexual y reproductiva a los que logra acceder la población migrante son básicamente del primer nivel de atención y están relacionados al control del embarazo, atención del parto y post- parto y planificación familiar.

El uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres de familias fragmentadas, apenas llega al 34%. En cuanto al tipo de métodos usados, el que presenta mayor porcentaje es la inyección con el 63%, seguido de la píldora/pastilla con el 22.2%.

Tanto familias fragmentadas como de retornados/as encuestados, declararon amplios conocimientos sobre el VIH/SIDA. Cabe mencionar que entre los departamentos seleccionados, Chinandega y Río San Juan, son los que tienen un menor conocimiento sobre el VIH.

BORRADOR

El 43.8% de los encuestados/as en familias fragmentadas confirmaron que se hicieron la prueba de VIH, a pesar que siempre existe renuencia a hacerlo. En la prueba del VIH entre los migrantes retornados/as, menos de la mitad (46.5 %) declararon haberse realizado la prueba, de ninguna de las respuestas obtenidas se confirmó un caso de VIH.

Acceso a servicios de salud

Los temores y el desconocimiento general de la oferta, limitan la demanda de los servicios de salud. También la situación de regularidad/irregularidad en el país de residencia determina el acceso a los servicios sociales y de salud. Los costos de los servicios pueden afectar su uso por parte de la población migrante o bien a la carencia de la seguridad social.

En Costa Rica, principal destino de los y las nicaragüenses, las condiciones de trabajo son precarias y normalmente tienen menor acceso a los servicios de salud y educación debido a la condición de irregularidad y a la falta de respeto de los derechos laborales por parte de empleadores.

Nicaragua cuenta con un servicio gratuito de salud para todos las y los nicaragüenses y extranjeros en territorio nicaragüense. Como la demanda es mayor que la oferta, la atención conlleva largas filas en espera. En algunas zonas las dificultades son causadas por la lejanía del servicio.

En Nicaragua a pesar de la voluntad política que existe sobre la restitución del derecho a la salud, todavía hay desafíos que enfrentar como:

1. Fortalecer la ampliación de la cobertura en salud a comunidades remotas, en especial, de la frontera sur, por Río San Juan.
2. Ampliar la cobertura y calidad de los servicios de SSR y su adecuación cultural.
3. Mejorar la comunicación de oferta de servicios en el primer nivel de atención (centros de salud, puestos de salud), para reducir la demanda en los establecimientos del segundo nivel (hospitales).
4. Que el sector salud, incorpore la variable de migración, principalmente en los puestos fronterizos, como especie de sitios/centros centinelas, para la vigilancia de indicadores de la salud de los y las migrantes. Esto debe ser en conjunto con las autoridades nacionales y locales.

BORRADOR

I. INTRODUCCION

Dentro de la estrategia de promoción de la salud de las personas migrantes, promovida por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) alrededor del mundo se ejecutó un proyecto denominado "Fortalecimiento de las capacidades de los Gobiernos de El Salvador, Nicaragua, Honduras y Guatemala para abordar la salud de los migrantes a través de un enfoque multisectorial", con el apoyo financiero del Fondo de OIM para el Desarrollo: Fomento de las Capacidades en Gestión de la Migración (IDF). Esta iniciativa contribuirá al desarrollo de nueva información de referencia sobre las especificidades de la salud de los migrantes. En el marco de este proyecto se elaboró "Perfil de la Salud de las Personas Migrantes en Nicaragua", que presenta insumos referidos a los marcos operativos para la acción estratégica sobre salud y migración.

Metodología

Para la elaboración del "Perfil de la Salud de las Personas Migrantes en Nicaragua", se utilizaron los resultados de la Encuesta de Migración y Salud realizada en cinco departamentos a familias fragmentadas y migrantes retornados/as. Revisión documental secundaria, entre los que se destaca el "Estudio sobre la condición de salud, acceso a los servicios y riesgos y vulnerabilidades específicos a la migración en Nicaragua" y otras fuentes oficiales de Nicaragua.

El presente documento se divide en 8 capítulos de contenidos, a saber:

Capítulo I, Presenta el resumen ejecutivo, que es una reseña general de los principales hallazgos/evidencias del "Perfil de la Salud de las Personas Migrantes en Nicaragua";

Capítulo II, Introducción, describe el contexto en el cual se llevó a cabo la investigación, metodología utilizada y las partes en que se divide el documento;

Capítulo III, muestra algunos conceptos sobre salud y migración y la importancia de los mismos.

Capítulo IV, Contexto de la salud y migración, refiere lo relacionado a los flujos migratorios, así como, la vulnerabilidad y legislación relativa a migración y salud en Nicaragua.

En el capítulo V, se presentan los riesgos de los migrantes en la ruta migratoria, de igual forma los roles- prácticas de las familias. También actos de violencia, de estigma y discriminación de los y las migrantes.

Capítulo VI, Perfil socio epidemiológico de la persona migrante. Análisis sobre el perfil epidemiológico de las personas migrantes con la vinculación de variables de salud seleccionadas para la realización del estudio.

En el capítulo VII, indagación sobre el acceso a los servicio de salud de las personas migrantes, tomando en consideración lo relacionado al sistema de salud nacional, recursos de autocuido, oferta y necesidades de servicios.

BORRADOR

Finalmente en el capítulo VIII, se presentan las principales conclusiones y recomendaciones, seguidas de la bibliografía consultada y anexos.

II. ALGUNOS CONCEPTOS SOBRE SALUD Y MIGRACION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "un estado de bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de una enfermedad o padecimiento". En el contexto de la migración, esto significa el bienestar físico, mental y social de los migrantes en todo el ciclo migratorio. Los patrones de desplazamiento migratorio tienen impactos en la salud individual y en la Salud Pública.

La experiencia migratoria conlleva altos riesgos en la salud desde diversas perspectivas que se visualizan a partir del origen, tránsito, destino y retorno. Las condiciones bajo las cuales la persona ha migrado también tienen una incidencia en el daño potencial a la salud, quedando íntimamente relacionadas. El conocimiento de las condiciones socio-epidemiológicas de estas poblaciones se convierte en una necesidad urgente si se pretende proteger el derecho a la salud de los y las migrantes y de sus familias a largo de la ruta migratoria. Sin embargo, una asignatura pendiente para el análisis del nexo de migración y salud es la carencia de información/registros en las unidades de salud como en otras instituciones de la variable de migración.

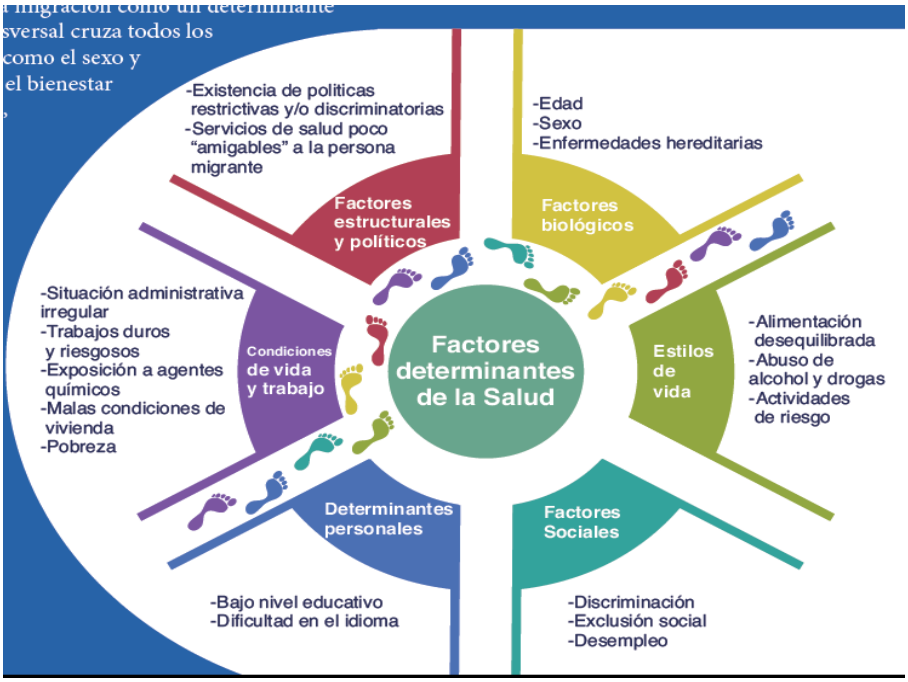
Los factores determinantes de la salud, están dados por las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales en que se desarrolla el ciclo migratorio.

Factores determinantes de la salud

1. Factores estructurales y políticos: Se trata de existencia de políticas restrictivas/discriminatorias, servicios de salud poco "amigables" a la persona migrante. A veces se restringe el derecho a la salud más al migrante irregular, por la carencia de seguridad social
2. Factores biológicos: Edad y sexo de la persona migrante, incluyendo enfermedades hereditarias que en todo desplazamiento suelen acompañar al individuo
3. Estilos de vida del individuo: Alimentación desequilibrada, abuso de alcohol y drogas por problemas de adaptación
4. Factores sociales: Discriminación, exclusión social, desempleo, orientación sexual, etnia. El rechazo, la xenofobia afecta la salud mental de la población migrante y se le dificulta su integración a la nueva sociedad del país receptor
5. Determinantes personales: Bajo nivel educativo, dificultad del idioma. Los trabajos precarios en el país de destino, pueden afectar la salud, cuando el trabajo es duro y con jornadas muy largas
6. Factores de vida y trabajo: Situación irregular, trabajos duros y riesgosos, pobreza, malas condiciones de vivienda

BORRADOR

Gráfico No. 1. Factores determinantes de la salud



Fuente: OIM

Migración saludable

Mediante una migración saludable, segura y ordenada, se busca disminuir el riesgo y la vulnerabilidad por medio de la facilitación de espacios y de condiciones adecuadas durante la ruta migratoria. Este punto de vista también incluye a la comunidad de origen, donde se deben buscar las condiciones para que las y los familiares de la persona migrante cuenten con apoyo psicológico, espacios saludables y acceso a servicios básicos de atención. El enfoque de salud global, trasciende fronteras y gobiernos y exhorta a buscar la efectividad del derecho a la salud de toda persona, sin importar etnia, lugar, nacionalidad o condición migratoria. Las personas tienen el derecho de migrar y su derecho a la salud debe habitar con ellas (OIM, 2012).

"Una migración en condiciones saludables es un puente para el cumplimiento de deberes y derechos, desarrollo humano, salud pública e integración"

La Resolución sobre la salud de los migrantes de la Asamblea Mundial de la Salud (WHA 61.17) hace un llamado a los Estados miembros a: "reconocer que la salud de los migrantes es un importante asunto de salud pública". En tal sentido, insta a "integrar las necesidades sanitarias de los migrantes en los planes, políticas y estrategias de las naciones "y "promover la cooperación bilateral y multilateral sobre la salud de los migrantes entre los países en el proceso migratorio". Asimismo, a tomar acciones sobre los determinantes sociales de la salud. Ver gráfico 1.

BORRA

De igual forma propone evitar desigualdades entre los migrantes y la población de acogida en cuanto a la atención sanitaria y el acceso a los servicios de salud. La migración saludable, expresa un anhelo de inclusión, equidad y desarrollo basado en el derecho humano a la salud y que permite la creación de condiciones dignas a las personas, independientemente del lugar donde se encuentren, nacionalidad o condición migratoria. Por tanto, la migración saludable es:

1. Migración en condiciones dignas
2. Garantizar los derechos sanitarios de los/as migrantes
3. Crear mayores condiciones de equidad e integración en las comunidades

BORRADOR

III. CONTEXTO DE SALUD Y MIGRACION

La migración internacional en aumento se vincula con la globalización, por la facilidad de la comunicación, transporte y redes sociales. Se estima que el número de migrantes internacionales alcanza la cantidad de 230 millones de personas en 2014, de las cuales 28.5 millones son de origen de América Latina y el Caribe (CEPAL, 2014). En lo que concierne específicamente a Centroamérica, sobresale El Salvador, seguido de Nicaragua como países emisores de población.

La creciente magnitud de la migración a nivel mundial, regional y nacional y el aumento de la vulnerabilidad de los y las migrantes en todas las etapas del proceso migratorio, por las modalidades de migrar o bien por los factores determinantes de la salud, ponen en riesgo el daño a la salud. Por tanto, se hace necesario conocer la magnitud de los flujos migratorios y su vinculación con algunas variables de la salud como parte de la protección de los derechos humanos que los Estados deben garantizar a los y las migrantes.

Aunque las barreras a la migración internacional se han endurecido en los principales destinos migratorios extra regionales, y en ocasiones en algunos intrarregionales, esto no ha sido impedimento para que la migración continúe. Muchas personas siguen migrando, pero con menos derechos y en peores condiciones, tornándose una población altamente vulnerable (CEPAL, 2014).

A. Flujos migratorios

Con relación a los flujos de nacionales, en los años setenta, Costa Rica era el principal receptor de migrantes nicaragüenses. En los años ochenta se verificó un aumento en la migración, principalmente hacia Estados Unidos y en la década de los noventa hacia Costa Rica (Vargas, 2005). El cambio en el destino refleja las modificaciones en los factores que impulsa la migración: mientras que en las primeras etapas era principalmente la inestabilidad política, más recientemente han primado las razones económicas. La composición de los flujos migratorios ha cambiado a lo largo del tiempo. La gran mayoría de los primeros migrantes que se fueron antes de 1980, provenía de los estratos económicos altos, mientras que la mayor parte de los flujos recientes se origina en los segmentos más pobres de la sociedad (Baumeister, 2004).

A partir del año 2002 se intensificó el flujo sur-sur, aumentando la migración intrarregional y sumando a El Salvador, Honduras y Panamá como nuevos destinos. "*Estos procesos migratorios regionales se caracterizan por la temporalidad, la irregularidad, una creciente presencia femenina y la baja cualificación en los trabajos desempeñados"* (OIM, 2012).

La temporalidad en la migración va acompañada, en lo general, por la precariedad laboral. Los trabajos realizados bajo esta categoría responden a necesidades del ciclo agrícola, dando lugar a migraciones circulares, o bien suscitándose de forma puntual como en el sector de la construcción. Tanto las labores agrícolas como en la construcción exponen a los migrantes a altos riesgos en su salud en forma de diversas enfermedades y accidentes.

Nicaragua, por su posición geográfica, es también un país de tránsito de migrantes procedentes de la región latinoamericana y de otros continentes como África y Asia (migración extra continental), que tienen como destino México, Estados Unidos de América y Canadá. (OIM, 2012).

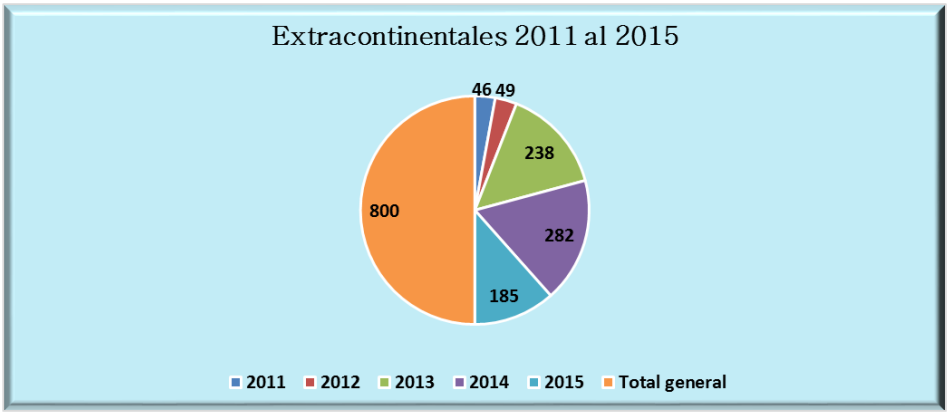
BORRADOR

1. Inmigrantes en Nicaragua

En Nicaragua la cuantía de los inmigrantes no implica mayores consecuencias en el incremento de la población. En el período 2007/2012, se documentaron bajo la categoría de residentes un total de 27,547 extranjeros, originarios principalmente de Centroamérica. Asimismo fueron nacionalizados 531 en el mismo período (OIM, 2012).

En el período 2011/2015, ingresaron a Nicaragua 800 personas de manera irregular por puntos fronterizos no habilitados, cuyas nacionalidades fueron principalmente de Somalia, Ghana, y Bangladesh. Todos los migrantes irregulares pasan por consulta médica por personal del MINSA, en coordinación con la Dirección General de Migración y Extranjería, cuyos registros comparten ambas instituciones. Asimismo, son atendidos de forma integral en los refugios establecidos en el país.

Gráfico No. 2. Inmigrantes irregulares de tránsito por Nicaragua



Fuente: Dirección General de Migración y Extranjería (DGME), agosto 2015

2. Emigración de nacionales

La emigración es uno de los componentes básicos del cambio demográfico y sin lugar a dudas es uno de los fenómenos más difíciles de medir y analizar por las deficiencias de las estadísticas. Los registros administrativos, por ejemplo no captan los flujos de población migrante que entra y sale por puntos ciegos de las fronteras. Los censos y encuestas permiten conocer el perfil de los migrantes, pero no su volumen exacto, debido a la omisión de datos del declarante. No obstante, todas las fuentes son importantes al momento del análisis de la migración internacional, incluyendo el arduo trabajo de la recopilación de datos de diferentes censos de países receptores, proyecto denominado como Investigación de la Migración en Latinoamérica (IMILA).

La población de un país está compuesta por los nacionales y los residentes extranjeros. Conocer o aproximarse a cuántas personas entran y salen del territorio nacional, además de cuántas nacen y mueren indica en qué tanto cada una de estas variables influyen en las variaciones del total de la población. En tal sentido, los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda en Nicaragua en el 2005, brindaron dos hallazgos importantes: en primer lugar, la reducción de la fecundidad que fue mucho más baja de lo esperado y en segundo lugar, la emigración de los nicaragüenses en el exterior fue mucho más fuerte de lo que se pensó (Andersen, 2007). Ambos componentes implicaron una reducción del ritmo de crecimiento de la población, denotando una tasa de crecimiento promedio anual del 1.7%. Esta reducción está asociada a la emigración de nacionales.

Nicaragua cuenta con una población estimada de 6, 109,149 habitantes, para el año 2014 (INIDE, 2007). Asimismo, esta misma fuente indica que para el quinquenio 2010/2015, Nicaragua presenta una tasa negativa de migración (-6.34 por mil habitantes), que en términos absolutos significa que salieron del país 190,006, lo que equivale a que 38 mil nicaragüenses salen anualmente del país en el quinquenio mencionado. A cambio se reciben remesas que para el 2014 representaron el 9.6% (1,135.80 millones de dólares) del PIB (11, 843.4 millones de dólares) (BCN, 2014). Las remesas tienen un impacto positivo en la balanza de pago, contribuyendo al desarrollo del país, pero no pueden suplir las obligaciones del Estado y el papel de las políticas sociales en el logro de la inclusión y la igualdad social.

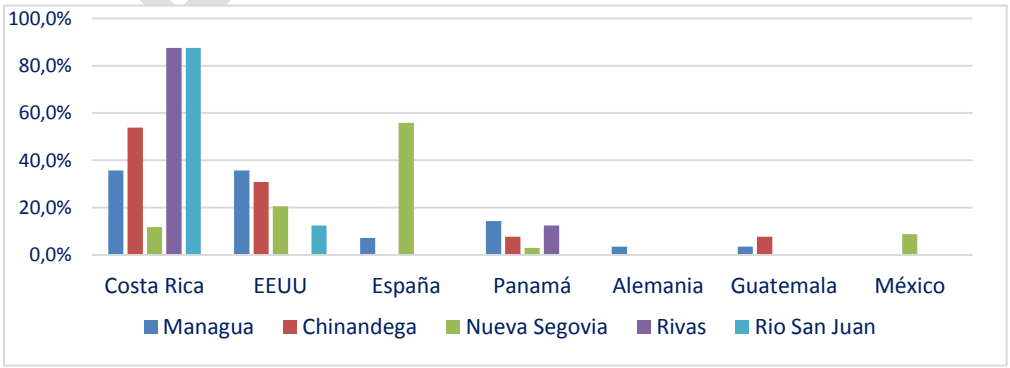
Los emigrantes nicaragüenses como mínimo sumaban 597 mil personas alrededor del año 2010 (CEPAL, 2014). En la actualidad, se estiman 800 mil nicaragüenses residen en el exterior (OIM, 2012), lo que significa el 13% con respecto a la población total de Nicaragua. Los que se van tienen que integrarse laboral y culturalmente en el nuevo país, así como tener permisos de trabajo, residencia, identificación, seguridad social y educación. En algunos casos puede ser que tengan que aprender un nuevo idioma y adaptarse a nuevas costumbres y formas de vida. Estas condiciones pueden poner en riesgo su estabilidad emocional, sobre todo cuando las expectativas con las cuales salió del país no logren concretizarse de forma inmediata en el país de acogida, especialmente cuando la irregularidad de su estancia, no les permiten el acceso a servicios de igual manera que la población nativa.

3. Países de destino de migrantes nicaragüenses

Del total de hogares empadronados en el censo de población y vivienda 2005, alrededor del 10% declaró tener algún miembro de su hogar residiendo en el exterior. También que el 75% de la población emigrante provenía del área urbana y los países de residencia de los emigrantes fueron por orden de importancia: Costa Rica, Estados Unidos de América y en menor medida El Salvador (García, 2009).

En lo que respecta a los resultados del "*Estudio sobre la condición de salud, acceso a los servicios y riesgos y vulnerabilidades específicos a la migración en Nicaragua",* los destinos de los emigrantes son como sigue:

Gráfico No. 3. Países de destino de emigrantes nacionales, según declaraciones de familiares en Nicaragua



Fuente: OIM, con base a Encuesta de Migración y Salud, 2014

BORRADOR

Aunque la información presentada en este apartado es producto de una muestra selectiva en los departamentos descritos, no dejan de coincidir con algunas tendencias de los flujos a nivel nacional. Como puede observarse, en el gráfico No. 3, los emigrantes de los departamentos del sur (Rivas y Río San Juan) se dirigen principalmente hacia Costa Rica, lo que denota una *migración vecinal*. No obstante, Rivas en menor intensidad tiene flujos hacia Panamá.

Chinandega, por su parte orienta sus flujos tanto hacia el Norte, como hacia al Sur, siendo sus destinos principales Costa Rica y Estados Unidos de América; Nueva Segovia a pesar de la presencia de otros destinos, permiten caracterizar al migrante del grupo encuestado por su preferencia casi indiscutible hacia España; al contrario de lo que ocurre con Managua, donde, si bien encontramos mayor presencia en Costa Rica y Estados Unidos de América su flujo se diversifica prácticamente en todos los destinos surgidos en la encuesta (Gráfico 3).

4. Principales países de destino, según declaración de migrantes retornados/as e informantes de familias fragmentadas

El destino principal de los emigrantes, según declaración de los miembros de familias fragmentadas, como de migrantes retornados es Costa Rica. Le sigue un poco más distante EUA y España adquiere importancia como el tercer país de destino de emigrantes y de retorno de migrantes. Ver siguiente gráfico No. 4 y tabla 1.

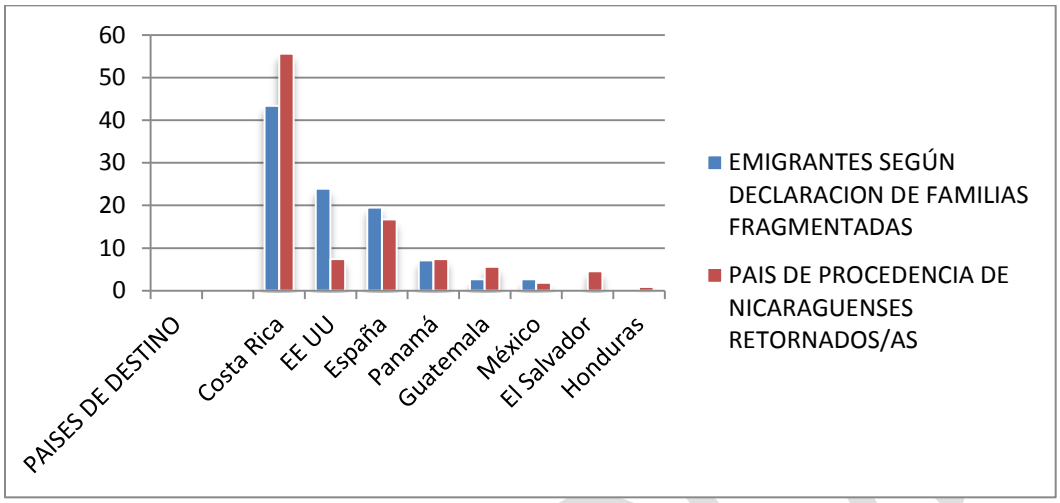
De acuerdo a los lugares de destino según informaron las familias fragmentadas, el orden varia ligeramente, manteniéndose en primer lugar Costa Rica e introduciendo en segundo lugar Estados Unidos y quedando España en tercer lugar.

Respecto a los migrantes retornados, el principal país del cual han retornado es Costa Rica, seguido de España y en tercer lugar comparten importancia Estados Unidos y Panamá.

En las dos situaciones analizadas, se concluye que el principal lugar de destino en todos los casos es Costa Rica, variando España y Estados Unidos y Panamá, según el tipo de población que se esté teniendo en cuenta.

BORRADOR

Gráfico Resumen No.4. Países de destino de emigrantes nicaragüenses, según familias fragmentadas y migrantes retornados/as



Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014.

Tabla 1. Países de destino de emigrantes nicaragüenses, según familias fragmentadas y Migrantes retornados/as.

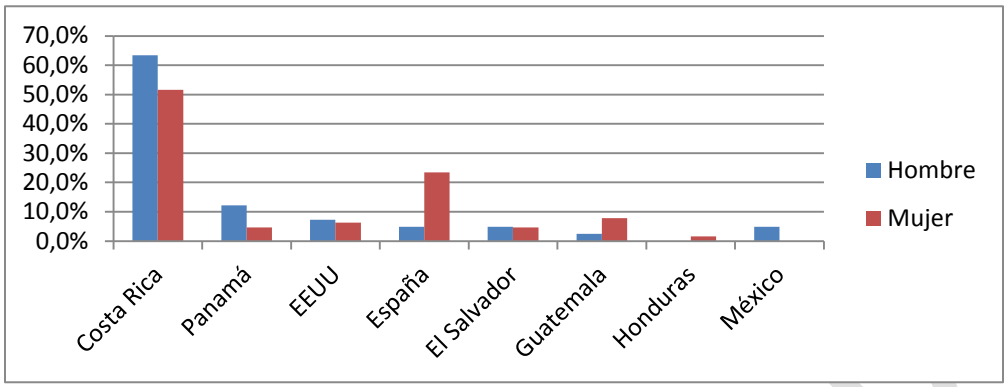
PAISES DE DESTINO	EMIGRANTES SEGÚN DECLARACION DE FAMILIAS FRAGMENTADAS PORCENTAJE	PAIS DE PROCEDENCIA DE NICARAGUENSES RETORNADOS/AS PORCENTAJE
Costa Rica	43.4	55.6
EE UU	23.9	7.4
España	19.5	16.7
Panamá	7.1	7.4
Guatemala	2.7	5.6
México	2.7	1.9
El Salvador		4.6
Honduras		0.9
Alemania	0.9	

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014,

5. Participación de las mujeres en el proceso migratorio

El gráfico No.5, refleja, que la participación de las mujeres en la migración internacional es importante, en especial quienes se dirigen a Costa Rica y a España. Esto se debe a que en los países de acogida, existe demanda de mano de obra, en especial de servicios domésticos y de cuidados de niños y adultos mayores. Los hombres que se dirigen a Costa Rica, como se describió en párrafos anteriores, se insertan en las actividades del sector primario de la economía. El destino de Estados Unidos de América, es similar para hombres y mujeres.

Grafico No. 5: Migrantes nicaragüenses retornados: Países de destino/procedencia, según sexo



Fuente: OIM, con base a encuesta de Migración y Salud, 2014.

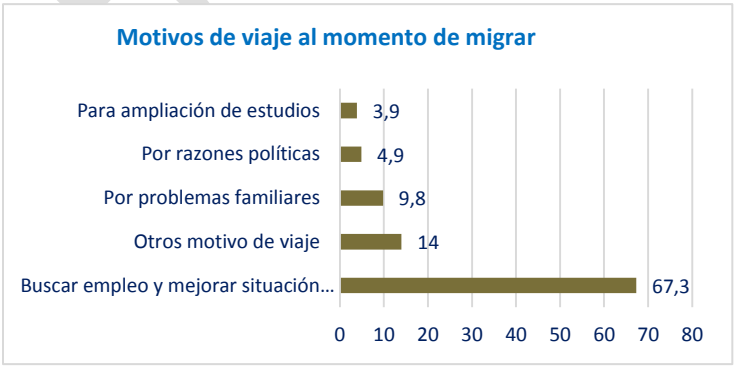
a) Razones que motivaron la decisión de emigrar

Como puede observarse en el gráfico No. 6, las razones por las cuales los y las migrantes salen del país, es en busca de empleo y mejorar sus condiciones de vida (67.3%), por problemas familiares (9.8%) y muy lejos por razones políticas (4.9%) y ampliación de estudios (3.9%). Es importante señalar que la migración se da por asimetrías económicas de los países, es decir; los países de origen generalmente son menos desarrollados que los países de destino, donde los salarios por las mismas actividades económicas, existen diferenciales que motivan la decisión de migrar.

Si se consideran los lugares de destino y los motivos de viaje, la relación de causalidad que se establece es, por un lado, *la búsqueda de empleo*, y por otro, *la cercanía cultural y lingüística*. España y Estados Unidos son países donde puede mejorar notablemente la situación económica del migrante, teniendo con el primero proximidad cultural y lingüística y con el segundo proximidad geográfica.

Costa Rica por su parte, supone una notable mejora de la situación económica y encontramos que hay una importante comunidad nicaragüense residiendo en el país, hecho que propicia que el migrante pueda contar con un sistema de redes y contactos que puedan ayudarle, además cuenta con la proximidad geográfica, cultural y lingüística.

Gráfico No.6. Migrantes nicaragüenses retornados/as: Razones de salida



Fuente: OIM, con base a Encuesta de Migración y Salud, 2014,

Destaca entonces que la salud no es un motivo para emigrar.

BORRADOR

6. Situación migratoria al momento de viajar

Según los encuestados, la gran mayoría de ellos viajaron de manera regular, sin embargo esta situación en algunos casos es únicamente inicial, pues tras una entrada por el puesto fronterizo le puede seguir una estancia irregular causada por la expiración del plazo para el cual estuvo autorizado.

B. Poblaciones con mayor vulnerabilidad

La migración no es necesariamente un riesgo para la salud por sí misma, pero las condiciones en las cuales se realiza el proceso de movilidad, pueden crear riesgos potenciales para la salud y múltiples vulnerabilidades. Los migrantes indocumentados son más vulnerables y sufren peores consecuencias en términos de su salud. Más aún, se ven forzados a aceptar peores condiciones laborales y tienen acceso limitado a los servicios de salud.

Las mujeres migrantes son más vulnerables que los hombres, pues las que están indocumentadas muchas veces son abusadas y discriminadas durante el proceso de migración (Martínez Pizarro, 2003). Por otro lado, los permisos de trabajo y su tramitación pueden ser un obstáculo para el acceso y mantenimiento de un empleo para la persona migrante y por tanto la satisfacción de sus necesidades básicas, incluido el derecho a la salud son limitados.

La violencia que acompaña el cruce de fronteras afecta especialmente a niños y a mujeres porque pueden sufrir engaño por los tratantes de personas y de tráfico ilícito de migrantes.

Por otro lado, cuando logran los migrantes llegar al país de destino se integran a las actividades laborales precarias, con carencia de protección social y de derechos laborales, como en el caso de nicaragüenses irregulares en Costa Rica, que trabajan en laborales agrícolas, a veces acompañados de sus parejas e hijos y no tienen acceso a la seguridad social, a pesar de largas jornadas de trabajo.

C. Resumen del perfil nacional de salud

La gratuidad y universalidad de servicios de salud es un objetivo primordial del Gobierno de Nicaragua, como parte de la restitución del derecho a la salud. El desarrollo del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria (MOSAFC), mandata, tanto satisfacer las necesidades de servicios de salud de la población, como mejorar la calidad de los servicios.

Las estadísticas censales y de encuestas reflejan que Nicaragua está en la fase de "plena transición demográfica", producto de un descenso sostenido de la fecundidad y de la mortalidad, que tiene su efecto en el cambio de la estructura de edad de la población, que se caracteriza por la disminución de la proporción de niños y un aumento de la población en edad de trabajar (15-64 años), además que la proporción de adultos mayores aunque en menor proporción tiende a incrementarse. El cambio de la estructura de edad de la población, implica cambios en el perfil epidemiológico del país debido a que disminuye la población joven con riesgo de contraer enfermedades del grupo de las transmisibles y aumenta la población de los grupos de mayor edad que se caracteriza más bien por enfermedades del tipo crónico degenerativas (Di Cesare, 2009).

BORRADOR

1. Situación de salud de la población nicaragüense

Para conocer la situación de la salud, generalmente se base en el análisis de datos relativos a los decesos, atención y acceso a servicios a la población.

a) Esperanza de vida al nacer (e0)

Este indicador nos señala la probabilidad de años por vivir que una persona tiene desde su nacimiento y es un indicador clave del estado de salud de la población. En el quinquenio 2010/2015 muestra el aumento que ha llevado a Nicaragua, en 10 años, al pasar de 72.89 años en el quinquenio 2005/2010 a 74.51 años (INIDE, 2007). Los diferenciales entre hombres y mujeres también son relevantes, ya que las mujeres sobreviven más que los hombres Las estimaciones reflejan que la diferencia —igual a 6.11 años en el quinquenio 2005/2010 y de 6.15 años en el quinquenio 2010-2015—, a favor, de las mujeres; es decir, las mujeres para el quinquenio 2010/2015, la esperanza de vida al nacer es de 77.66 años.

b) Mortalidad infantil y de menores de 5 años

El análisis de la situación de salud y sus tendencias demuestra la reducción de tasas de mortalidad infantil y general. Los datos evidencian el avance que ha dado Nicaragua en la problemática de la mortalidad infantil, puesto que el valor de esta tasa para el año 2011/2012, fue de 17 defunciones de niños menores de un año por mil nacidos vivos, lo que significa que se ha cumplido este indicador como meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Es relevante mencionar que para la baja de este indicador, la cobertura de vacunación ha sido un factor importante (84.1%) ver subsiguiente tabla 2, así como la lactancia materna.

La mortalidad de niños menores de 5 años, tuvo su reducción de 35 a 21 niños que mueren por cada 1000 nacidos vivos. Las muertes de los niños menores de 5 años generalmente son causadas por enfermedades prevenibles y tratables. Los niños de las áreas rurales y con déficit de nutrición tienen más probabilidades de morir de enfermedades comunes como la diarrea, y de infecciones de las vías respiratorias (ENDESA 2011/2012).

c) Desnutrición

El porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición crónica en el 2011/2012 ha tenido reducción de 4.4 puntos porcentuales de pasar de 21.7% en 2006/07 a 17.3 en 2011/2012 (ENDESA).

d) Razón de la mortalidad materna en rápido descenso

La razón de mortalidad materna es de 50.8 mujeres (MINSA, 2014) por cada 100 mil nacidos vivos que fallecieron por complicaciones del embarazo y parto en el año 2012. Con relación al 2011 (62.7), hubo una disminución de 11.9 puntos porcentuales, lo cual significa que la mortalidad materna va en descenso (MINSA, 2014).

Para contribuir a asegurar la atención del parto en condiciones seguras se impulsa el Plan de Parto en conjunto con los líderes de salud de los Gabinetes de Familia, Comunidad y Vida. Consiste en identificar los momentos críticos que puedan presentarse en caso de complicaciones de la embarazada y durante el parto. En el transcurso de 2013 se incrementó el número de casas maternas (146) principalmente para mujeres embarazadas del área rural y se les garantiza acceso

BORRADOR

a los servicios obstétricos profesionales. Las redes comunitarias que apoyan las estrategias de salud a nivel nacional están compuestas por 24,530 brigadistas de salud, 6,222 parteras, 7,200 colaboradores voluntarios, y 7,166 responsables de las casas bases (MINSA, 2014).

e) Razones de consulta médica

Entre las principales razones de consultas médicas están las derivadas de enfermedades infecciosas, como las de vías respiratorias superiores, las de vías urinarias y las del tracto gastrointestinal; las atenciones que tienen que ver con promoción de la salud de la mujer, la salud del niño y la salud de la embarazada y aparecen las enfermedades crónicas de mayor impacto en la mortalidad y morbilidad como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la artritis reumatoide (MINSA 2014).

La población hace uso de servicios de salud para recibir atenciones clínico-preventivas en una proporción considerable para control de niños, control de embarazos y asesoramiento en planificación familiar. Este comportamiento refuerza la finalidad del primer nivel de atención relacionado con el fomento de la salud a la población, atención a los padecimientos más frecuentes, identificación de riesgos y referencia a unidades de mayor complejidad para atender dichos riesgos o complicaciones.

En las familias fragmentadas se acude a la automedicación para fines paliativos y acuden a la consulta privada y a las farmacias sólo en caso de emergencias pese a ser una prioridad en el uso de las remesas. Hay poca inversión en prevención y atención integral. Por otra partem sólo se acude a los servicios públicos cuando la dolencia se agrava.

f) Morbilidad y Mortalidad

En el año 2013 el comportamiento de las principales enfermedades infecciosas con potencial epidémico ha sido al control y su reducción, con excepción del dengue, que tuvo un comportamiento de brotes epidémicos. La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), que históricamente se ha constituido en una importante causa de mortalidad en la niñez, presenta una franca tendencia a su reducción, principalmente a partir de 2007, año en que se introduce la vacuna contra Rotavirus, a fin de prevenir formas graves de diarrea por este virus, lo cual ha sido plenamente apoyado por la introducción del nuevo Modelo de Salud Familiar y Comunitaria y por las mejoras en la nutrición, en especial en las familias rurales (MINSA, 2014).

La tasa bruta de mortalidad es de 4.64 defunciones por cada 1000 habitantes. Es un indicador aproximado de la situación de mortalidad en un país, indica con precisión el impacto actual de mortalidad en el crecimiento de la población y es afectado por la distribución por edades.

Las principales causas de muerte son las Enfermedades del Sistema Circulatorio, los Tumores y causas externas que en 1997 representaban el 47% del total de defunciones, en 2013 constituyen la mitad de las defunciones. Los tumores son el segundo grupo de causas de defunción del país. En hombres los principales tumores son los Tumores Malignos de los Órganos Digestivos y los Tumores Malignos de los Órganos Genitales Masculinos. En las mujeres los principales tumores son los Tumores Malignos de los Órganos Digestivos que corresponden al 33%, los Tumores Malignos de los Órganos Genitales Femeninos el 26%, y tumores Malignos de Mamas (MINSA).

BORRADOR

Tabla No. 2. Nicaragua: Indicadores demográficos

INDICADORES	ENDESA 2006/07	ENDESA 2011/012
Tasa de Mortalidad Infantil (TMI)	**29**	**17**
Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años	**35**	**21**
Porcentaje de niños con síntomas de IRA	**29.1**	**28.5**
Porcentaje de niños con EDA	**15.5**	**15.4**
Vacunación 18-29 meses –todas las vacunas	**85**	**84.1**
Desnutrición crónica (talla x edad) severa		**4.9**
Desnutrición total	**21.7**	**17.3**
Proveedores de salud (IRA) sector público		**63.8**
Tasa Global de Fecundidad (TGF)	**2.7**	**2.4**
Porcentaje de adolescentes que alguna vez han estado embarazadas	**25.9**	**24.4**
Fecundidad adolescente	**117**	**92**
Porcentaje de mujeres unidas que han utilizado algún método de anticoncepción	**72.2**	**80.4**
Porcentajes de mujeres unidas que han utilizado métodos modernos de anticoncepción	**69.8**	**77.3**
Atención prenatal	**91.5**	**93.3**
Partos en establecimiento de salud	**74**	**88.2**
Partos atendidos por profesionales de la salud		**88**

Fuente: Con base a ENDESA 2006/07-ENDESA 2011/2012

Entre las principales patologías en Nicaragua que están sujetas a vigilancia epidemiológica son las siguientes:

Tabla 3. Nicaragua: Enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica- semana 22

Patologías	Tasa **Semana acumulada 22 2013**	Tasa **Semana acumulada 22** 2014
EDA	228	214.89
IRA	1480	1324.23
Neumonía	113.37	97.83
Dengue confirmado	2.17	1.17
Dengue sospechoso	4.32	16.85
Leptospirosis	0.08	0.14
Malaria	0.53	0.77

Fuente: MINSA. Dirección General Vigilancia de la Salud Pública

D. Legislación en salud relativa a migración

Existe un marco jurídico internacional en materia de derechos humanos de la población migrante, sin embargo, a pesar de los compromisos internacionales asumidos, persiste una limitada adecuación de las legislaciones nacionales a los estándares internacionales. Entre los instrumentos internacionales cabe mencionar:

1. Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948, que tiene 30 artículos que incluyen una amplia gama de derechos humanos, entre ellos el artículo 2 que define el principio fundamental de no discriminación, es altamente relevante en el contexto de la migración.

2. Pacto Internacional de Derechos Económicos y Sociales y Culturales 1966. "Los Estados Parte reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social" (Art.9).

3. La Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (CTMF) es el más importante documento vinculante de la legislación internacional destinado a proteger los derechos humanos de los migrantes. Esta Convención fue adoptada en 1990 y entró en vigor en el 2003. El Arto. 28 obliga a los Estados a otorgar a los trabajadores migratorios y sus familiares bajo cualquier circunstancia "cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate. Esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo".

4. Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social, que entró en vigor el 1ro de mayo del 2011. Trata de preservar los derechos sociales en materia de pensión de los migrantes y sus familias, mediante la coordinación de legislaciones. Firmado por 15 países y ratificado por 11.

5. Política Regional de Salud del SICA 2015-2022 (septiembre 2014). Los países que conforman la región del SICA reconocen y asumen el derecho a la salud como un derecho humano fundamental, internacionalizado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, asimismo, considera el marco jurídico e institucional de este órgano, con el propósito de delimitar los objetivos de salud en el contexto de la acción e integración regional en salud. La Política Regional de Salud del SICA exige una transversalización del abordaje de los determinantes sociales de la salud, lo que hace necesaria la coordinación intersectorial para poder alcanzar las metas de salud de los Estados.

BORRADOR

En lo que respecta a Nicaragua:

El sistema Jurídico Institucional de la República de Nicaragua, establece las bases para la protección, defensa y garantía de la población migrante:

1. El derecho constitucional está consagrado en la Constitución Política del País y, los derechos humanos son aquellos que se reconocen a todos y todas independientemente de su ciudadanía. Señala que: "Los nicaragüenses tienen derecho a circular y fijar su residencia en cualquier parte del territorio nacional; a entrar y salir libremente del país". Asimismo, la Constitución Política en su Arto.59 establece que "Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud". El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. También en el Arto. 61. El Estado garantiza a los nicaragüenses el derecho a la seguridad social para su protección integral frente a las contingencias sociales de la vida y el trabajo, en la forma y condiciones que determine la ley.

2. El Estado nicaragüense al adherirse a la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y sus Familiares, asumió la obligación internacional de promover y proteger los derechos humanos de los trabajadores migratorios y sus familiares, sin distinción alguna por motivos de sexo, raza, idioma, religión, opinión política, origen social, nacionalidad, edad, situación económica o cualquier otra condición. Nicaragua la ratificó en el año 2005.

3. Ley General de Migración y Extranjería (No.761). Uno de los objetivos de la referida ley, es regular a través de la Dirección General de Migración y Extranjería, el ingreso y permanencia de las personas extranjeras en Nicaragua, sin violentar sus derechos y garantías individuales y sociales, en iguales condiciones que los nacionales, salvo las excepciones contenidas en la Constitución Política y leyes de la República. El Arto. 3. Crea un Consejo Nacional de Migración y Extranjería, compuesto por diferentes instituciones del Estado nicaragüense y funge como órgano de asesoría y consulta de la Presidencia de la República para la elaboración de Políticas Públicas en materia migratoria. En el Arto. 4, entre las funciones del Consejo, están promover acuerdos operativos y de asistencia técnica de forma bilateral o multilateral con otros países u otros organismos internacionales especializados en migraciones.

4. Ley Especial de Incentivos Migratorios para los nicaragüenses residentes en el extranjero (Ley 535). Tiene por objeto promover la repatriación de ciudadanos nicaragüenses residentes en el exterior, concediendo una serie de beneficios establecidos en la misma, y en particular, exonerándoles del pago de los derechos arancelarios y demás impuestos de importación de menaje de casa, vehículo. Estos beneficios solo se otorgan una vez al núcleo familiar.

5. Ley Contra la Trata de Personas (Ley No. 896), aprobada el 28 de enero y publicada en la Gaceta No. 28 del 25 de febrero de 2015. En su considerando II, "Se reconoce que los derechos humanos de las personas requieren una protección especial y que es necesario continuar brindando seguridad y mejorando la situación de las personas sin distinción de etnia, sexo, edad, idioma, religión, orientación sexual, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen, nacionalidad, posición económica o cualquier otra

condición social o migratoria o ideología para que estas se desarrollen y sean formadas en condiciones de paz y seguridad. Los fines que se pretenden lograr con la aprobación de esta ley son el prevenir y combatir la trata de personas en todas sus formas y manifestaciones, prestando especial atención a las víctimas mujeres, niñas niños y adolescentes; promover políticas públicas para la prevención de la trata de personas, así como la reparación del daño causado a las víctimas y su atención integral. En el Arto. 1, de objeto de la Ley, toma en cuenta "la restitución de derechos de dignidad, libertad, integridad, salud, educación y la seguridad de las personas, así como el libre desarrollo de las mismas, especialmente para niñas, niños adolescentes y cualquier persona en condición de vulnerabilidad cuando sus derechos sean amenazados o lesionados por la comisión del delito de trata de personas".

Ratifica las funciones de la Coalición Nacional contra la trata de personas, a la cual define "como una instancia de consulta y coordinación para la formulación de propuestas de políticas públicas, evaluación y seguimiento de la prevención, investigación, atención y protección a las víctimas del delito, así como la persecución y sanción".

6. Ley No. 358. Ley del Servicio Exterior. El Ministerio de Relaciones Exteriores es el encargado de la política exterior, así como el resto de funciones previstas en los instrumentos internacionales; en particular la Convención de Viena sobre Relaciones Diplomáticas de 1961 y la Convención de Relaciones Consulares de 1963 de los que Nicaragua es parte.

7. Ley 290. Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo. Arto. 13. "Cada Ministerio en el ámbito de sus competencias es el órgano delegado del Poder Ejecutivo, para cumplir y hacer cumplir la Constitución Política y las Leyes". En referencia al Arto. 26, mandata al Ministerio de Salud entre sus funciones el de proponer planes y programas de salud, coordinando la participación de otras entidades que se ocupen de esas labores. También promover campañas de saneamiento ambiental y de divulgación de los hábitos higiénicos entre la población. Formular normas, supervisar y controlar la ejecución de las disposiciones sanitarias en materia alimentaria, de higiene y salud ambiental. En referencia el Arto. 19, que corresponde al Ministerio de Relaciones Exteriores coordinar con el Ministerio de Gobernación, las políticas y normas de migración a ser aplicadas por las Misiones Diplomáticas y Oficinas Consulares en el Exterior y al Ministerio del Trabajo (Arto. 27) ejercer, ejecutar y cumplir funciones, atribuciones que le confieren la legislación laboral, la Constitución Política y los compromisos internacionales suscrito por Nicaragua y vigentes en materia laboral y sindical, particularmente las normas y convenios internacionales de la OIT.

8. Ley General de Salud (No. 423), aprobada el 14 de Marzo del 2002

   Artículo 5.- Principios Básicos: son principios de esta Ley:

- ✓ Gratuidad: Se garantiza la gratuidad de la salud para los sectores vulnerables de la población, priorizando el cumplimiento de los programas materno-infantil, personas de la tercera edad y discapacitados.
- ✓ Universalidad: Se garantiza la cobertura del servicio de salud a toda la población, conforme los términos previstos en los regímenes que se establecen en la presente Ley.
- ✓ Solidaridad: Se garantiza el acceso a los servicios esenciales de salud, a través de la contribución y distribución de los recursos y conforme las reglas propias de los diferentes regímenes que se establecen en la presente Ley.
- ✓ Integralidad: Se garantiza un conjunto de acciones integradas en las diferentes frases de la prevención, promoción, tratamiento o recuperación y rehabilitación de la salud, así como contribuir a la protección del medio ambiente, con el objeto de lograr una atención integral de la persona, su núcleo familiar y la comunidad, de acuerdo a los diferentes planes de salud.
- ✓ Participación Social: Se garantiza la participan activa de la sociedad civil en las propuestas para la formulación de políticas, planes, programas y proyectos de salud en sus distintos niveles, así como en su seguimiento y evaluación.

9. Reglamento Sanitario Internacional (RSI) "Asunto de Estado". Los objetivos son: "limitar la propagación internacional de epidemias y otras emergencias de salud pública; Incrementar la seguridad de la salud pública global; minimizar interferencia a los viajes, el comercio y las economías"

10. Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH y Sida, para su prevención y atención (Ley No. 820). En el Arto. 7, " El Estado, en conjunto con sus instituciones, las organizaciones de la sociedad civil, movimientos sociales y comunitarios y el sector privado, promoverán e implementarán políticas, estrategias y acciones de educación y en prevención de las ITS, el VIH y Sida, adecuadas a la población que se encuentra en centros de protección especial, sistemas penitenciarios, unidades de salud mental, unidades militares y policiales, zonas fronterizas y otros lugares que concentren grupos poblacionales en riesgo. De igual manera el Arto. 8, es obligación del Estado a través del Ministerio de Salud, garantizar, difundir y promover a toda la población en general, la distribución gratuita de los diferentes métodos de barrera según las normas establecidas, para la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH, científicamente aceptadas.

IV. RIESGOS Y VULNERABILIDADES PARA LA SALUD

A. Percepción de riesgos

La condición migratoria regular impacta positivamente el goce de los derechos de los migrantes, entre ellos, el derecho a la salud. La irregularidad no pareciera fungir como un impedimento para encontrar trabajo, pero los costos son altos y puede implicar el detrimento de la salud física y mental de los y las migrantes, así lo refirieron en sus experiencias las personas encuestadas: maltrato, denegación de los servicios de salud, condiciones laborales precarias y algunas veces extenuantes.

La mayor vulnerabilidad de las migrantes es el abuso sexual, violaciones y relaciones sexuales no seguras, lo cual aumenta sus riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/Sida y de embarazos no deseados con las consecuencias de malas prácticas de abortos.

1. Riesgos en el tránsito

A través de entrevistas y grupos focales se identificaron varios factores como detonantes del riesgo en el tránsito, entre los que destaca el género, el medio de transporte utilizado y la documentación requerida para el viaje de los y las migrantes.

La libre movilidad que permite a los países centroamericanos de Nicaragua, Honduras, El Salvador y Guatemala transitar sin visa (CA-4) facilita a la población nicaragüense, migrar hasta Guatemala de forma relativamente segura. Pero, si el destino final es Estados Unidos de América, el riesgo inicia al contactar a los coyotes en Guatemala y con ellos la inmersión en un viaje a lo desconocido, donde lo primero que se ignora es justamente la persona, quien cede su seguridad personal. A partir de ahí, el tránsito hacia México hasta la llegada a Estados Unidos de América es de riesgos e inseguridades. La deshidratación, la hipotermia, la pérdida de fuerzas, el hacinamiento, la asfixia son situaciones que pueden llegar a impedir la llegada al destino del migrante o su deceso en el camino. Por otra parte, también existe potencial riesgo de trata de personas.

El tránsito hacia el sur, aunque más cerca, también tiene riesgos si se hace de forma irregular, pasando la frontera por puntos ciegos. Algunos integrantes de grupos focales en San Carlos compartieron experiencias que cuando cruzan por algunas propiedades son amenazados y hasta les han llegado a disparar y después aducen que fueron confundidos como delincuentes.

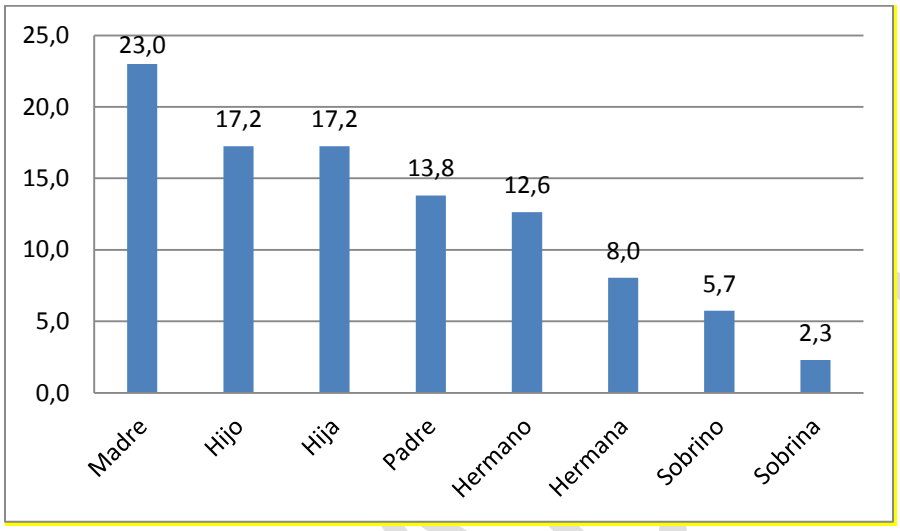
En condiciones de vulnerabilidad, el riesgo frente a la violencia y el abuso aumenta. Las mujeres migrantes sufren el abuso y violación sexual, debido a su doble vulnerabilidad como migrantes y mujeres. Durante el viaje, los abusos pueden incluir la exigencia de un pago más elevado, mayor exposición al robo, intimidación, acoso sexual frecuente y violación de su integridad física (y de la de sus hijas) por parte de los intermediarios o compatriotas masculinos que las acompañan en el viaje.

El riesgo durante el tránsito está asociado a la condición de irregularidad de la población migrante. Por tanto, La condición migratoria regular impacta positivamente el goce de los derechos de los migrantes, entre ellos, el derecho a la salud.

BORRADOR

B. Prácticas, comportamientos, roles familiares

Gráfico No. 7. Relación de parentesco de familias fragmentadas con emigrantes



Fuente: OIM. Encuesta de Migración y salud, 2014

El mayor porcentaje de encuestados/as, declararon que quienes han emigrado de sus familiares son las madres, los hijos/hijas, le siguen en orden de importancia y en tercer lugar los padres. Esto induce a pensar que el incremento de la migración de mujeres es un hecho y los hijos/hijas de mujeres migrantes se quedan con otras mujeres-abuelas, hermanas, tías o hijas mayores-, quienes asumen las responsabilidades productivas/domésticas. Observe gráfico No.7.

Todo supone que los hombres que se quedan en el hogar no asumen los roles domésticos y reproductivos de sus esposas, sino que se apoyan en otras mujeres (muchas veces la hija mayor), quienes tienen que asumir responsabilidades de adulto a muy temprana edad. El proceso migratorio también tiene impacto en la socialización por género de aquellos niños que crecen con sus abuelas, que tienen valores más conservadores hacia los roles de género, reforzando en los papeles tradicionales en la educación de menores. Esto puede causar más estrés intrafamiliar cuando los niños crecen y, como se menciona en una entrevista, “las madres muchas veces regresan cuando los hijos entran en la adolescencia ya que las abuelas no pueden tratar más con ellos”.

Las abuelas son muy protectoras y consentidoras. En estos casos se acusa de cierto libertinaje, cuestión apuntada y todos ellos llegando a las mismas conclusiones, que se viene a resumir en lo expresado por las maestras de Jalapa: se trata de niños “con menos disciplina, faltan a clases y son los que más bajo rendimiento tienen”. Por otro lado, son igualmente niños que “comen solos, y son los encargados de lavar su ropa y planchar”.

Puede concluirse que el 71.5% de la población fragmentada ha sufrido la pérdida de un familiar de primer grado de consanguinidad, ya sea padre/ madre (37.1%) o hijo/a (34.4%). Las afectaciones a

la salud mental de una pérdida tan cercana y vital para el desarrollo del concepto del individuo acarrean graves repercusiones emocionales para los familiares que se han quedado.

C. Consumo de drogas y alcohol

En Nicaragua, los jóvenes que cursan la secundaria, el 30% prueban sustancias narcóticas y/o sicotrópicas; de este porcentaje la mayoría la abandona. Añade que de la población en general, el 20% de las personas que llegan a los hospitales son intoxicadas debido al alcohol (Instituto Contra el Alcoholismo y Drogadicción (ICAD), la mayoría de los jóvenes inmersos en el mundo del alcohol y las drogas son aquellos que viven en un círculo de violencia, jóvenes que no son atendidos emocionalmente por sus padres o la familia. Sin embargo, señala otro factor: la influencia de los amigos y la curiosidad. Como puede observarse en la tabla siguiente 4, retomado del ICAD, el grupo de edad entre 16 y 34 años, es el más propenso al consumo de drogas y alcohol, según diagnóstico por consulta externa y de emergencia en el primer semestre del 2009. Asimismo, son los hombres, quienes consumen más que las mujeres. Las psicosis por droga según diagnóstico de consulta externa, proceden del área urbana. En consulta de emergencia el mayor número de personas diagnosticada son del área rural.

En entrevistas realizadas y en grupos focales, los participantes externaron que con frecuencia cuando los hijos/as adolescentes quedan en las comunidades de origen, mientras los padres emigran, llenan el vacio con consumo de alcohol, y otras veces consumen drogas.

Tabla 4. Nicaragua: Consultas de pacientes con diagnóstico de alcoholismo y psicosis por drogas, según consulta externa y de emergencia

Consultas de pacientes con diagnósticos alcoholismo, psicosis por drogas por consultas externa I semestre 2009

Datos	Grupo de Edades			Sexo		Procedencia		TOTAL
Diagnostico	16-34	35-49	60/ +	M	F	Urbano	Rural	I semestre 2009
Alcoholismo	14	29	14	44	13	53	4	57
Psicosis por drogas	94	31	5	110	20	118	12	130
TOTAL	**108**	**60**	**19**	**154**	**33**	**171**	**16**	**187**

Fuente: Oficina de estadísticas y registros médicos – Hospital Psiquiátrico

Consulta de pacientes con diagnostico alcoholismo, psicosis por drogas por emergencias I semestre 2009

Datos	Grupo de Edades			Sexo		Procedencia		TOTAL
Diagnostico	16-34	35-49	60/ +	M	F	Urbano	Rural	I semestre 2009
Alcoholismo	43	30	12	80	5	42	73	85
Psicosis por drogas	80	16	5	75	26	62	83	101
TOTAL	**123**	**46**	**17**	**155**	**31**	**104**	**156**	**186**

Fuente: Oficina de Estadísticas y registros médicos – Hospital Psiquiátrico Nacional

Fuente: Retomado del Instituto Contra el Alcoholismo y Drogadicción (ICAD).

D. Estigma, discriminación

La estigmatización suele ir acompañada de prejuicio y estereotipos negativos hacia los grupos que la padecen. El estigma, marca a la persona por su condición: color de piel, forma de expresarse, lugar de residencia y hasta por la actividad laboral que realizan, así como las mujeres migrantes que se insertan en las actividades de servicio doméstico, en los países que inmigran, tienen probabilidades de ser estigmatizadas y no ser tratadas con la dignidad que se merecen, pueden ser excluidas socialmente. En Costa Rica, por ejemplo, sufren mucho tanto hombres como mujeres de rechazo, por cómo hablan y por ser trabajadores humildes son considerados como ciudadanos de segunda categoría. Igualmente las mujeres que han permanecido en España, son sujetas de discriminación y han sido maltratadas. Cuando las personas son excluidas socialmente tienen probabilidades de desarrollar una identidad social negativa.

La detención y deportación de las y los migrantes irregulares da pauta para que sean sujetos de discriminación, tanto en los países de destino como en el de origen. También, la inserción al trabajo en el país de destino en condiciones precarias y la falta de respeto a los derechos laborales de los inmigrantes, es otro factor de exclusión.

En Nicaragua para las comunidades indígenas, afro descendientes y rurales, el acceso al derecho a la salud, la educación, a la justicia, a la tierra, al trabajo, es un compromiso pendiente, porque históricamente han estado excluidos de los planes de salud, pensados para la población urbana (CENIDH, 2014).

E. Violencia

Aunque no se tienen estadísticas de las mujeres que emigran por violencia de sus parejas. En sondeo realizado en entrevistas se percibió que con frecuencia las mujeres huyen de sus maridos cuando son víctimas de violencia física y temen por sus vidas. Se dirigen especialmente al país vecino de Costa Rica, dado que es más fácil cruzar la frontera y encontrar trabajo de cuidado de niños y de asistencia del hogar como estrategia de supervivencia.

La violencia es un mal endémico de las sociedades machistas y Nicaragua no está exenta de ello, por tanto, las soluciones deben ser integrales en el avance de la igualdad entre hombres y mujeres.

1. Nivel nacional

a) Homicidios

Nicaragua registra una tasa de homicidios de 8.7 por cada 100,000 habitantes y una tasa de robos de 71.5 por cada 100,000 habitantes, lo cual se convierte en un país con altos niveles de seguridad (PNUD, 2013). La Prevención del delito, por parte de la Policía Nacional, con el apoyo comunitario, ha sido clave para mantener la seguridad ciudadana.

b) Femicidios

En el año 2013 se reportaron 67 femicidios (Comisaría de la Mujer), siendo las regiones del Atlántico Norte y Sur, las que representan mayor número de casos. La zona más afectada la constituyó Las Minas, con diez mujeres fallecidas. (CENIDH, 2014).

c) Violencia Intrafamiliar y sexual

Las denuncias relacionadas sobre violencia intrafamiliar reportadas por la Comisaría de la Mujer, suman 28,022. Entre los departamentos con mayor incidencia están: Managua, León, Granada, Masaya y la RAAN. (CENIDH, 2014). A pesar de la aprobación de la Ley 779 y del establecimiento de numerosas Comisarías de la Mujer, la violencia contra las mujeres y las niñas sigue siendo una de las problemáticas más sentidas por la población en todas sus expresiones.

d) Violencia verbal, física y sexual

La violencia en mujeres casadas/unidas en algún momento de la vida han recibido violencia a saber: violencia verbal 36.7%; física 20%; sexual 10% (ENDESA 2011/2012).

e) Trata de personas

Nicaragua ha sido reconocida por el Departamento de Estado de los Estados Unidos como uno de los países que sostiene una fuerte lucha contra la trata de personas. A partir del año 2012 se cuenta con un refugio para las víctimas de trata de personas. En los últimos tres años se han condenado a 46 tratantes de personas (2011: 26 denuncias, 18 condenas; 2012: 29 denuncias, 18 condenas y en el 2013: 5 denuncias todos ellos en proceso judicial). Se han rescatado 96 víctimas. Los más afectados son los jóvenes de entre 21 y 25 años. Las víctimas de trata son reclutadas en las áreas rurales para el trabajo forzado en localidades urbanas, particularmente en Managua, Granada, Estelí y San Juan del Sur y posteriormente obligadas a prostituirse (CENIDH, 2014).

2. Departamentos seleccionados: violencia contra menores

Encuestados del Ministerio de La Familia, Adolescencia y Niñez, refirieron la existencia de casos de violencia contra menores hijos/as de migrantes, que hace tres o cuatro años, trabajaban con la variable de “hijos de padres migrantes”, pero dejaron de reflejarla porque se mezclaban otras variables.

En cuanto a la violencia sexual, un funcionario del MINSA expresó en entrevista, lo siguiente:

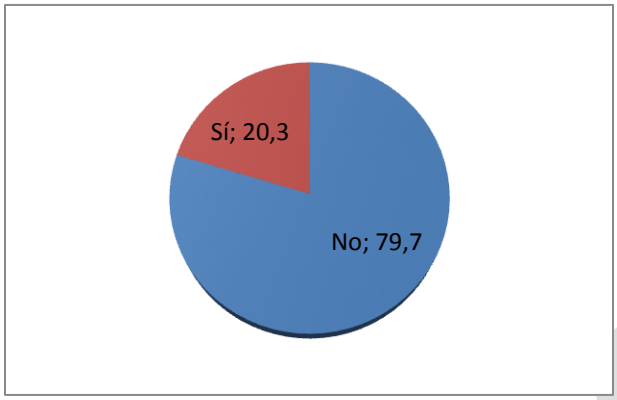
> *“Hay tantas variantes al respecto, no se puede hablar solo de los tíos, sino también de algún primo que tiene 13, 14 años que abusa al más pequeño, un niño que abusa de otro niño de 8,9, 10 años. El problema es que ahora no hay diferencia entre un niño y una niña para que pueda ser objeto de abuso, tanto el niño como la niña están en riesgos, en cada hogar es tan variable lo que está sucediendo. Se tienen que buscar recursos para que la familia pueda ayudar a este niño/a porque hay variantes y puede repetirse el abuso”.*

a) Violencia sufrida por el migrante retornado

Un poco más de un 20% de las personas retornadas refirieron haber sufrido algún tipo de violencia en los países de destino. Ver gráfico No. 8.

BORRADOR

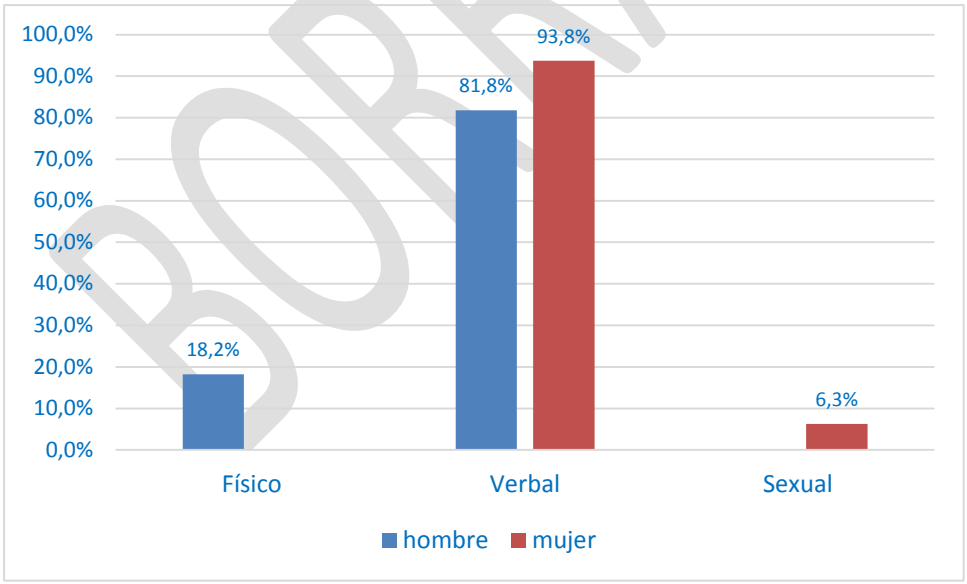
Gráfico No. 8. Migrantes retornados: violencia



Fuente: OIM. Con base a encuestas de salud y migración en Nicaragua. 2014.

El tipo de violencia que la población retornada manifestó haber sufrido con mayor predominio es la verbal, tanto para hombres y como para mujeres. No obstante las mujeres son quienes en su mayoría recibieron con mayor proporción este tipo de violencia (93.8%). Por otro lado son los hombres quienes recibieron agresiones físicas (18.2%) y finalmente en lo que respecta a la violencia sexual solamente las mujeres fueron objeto de ello (6.35%). Ver gráfico No. 9.

Gráfico No. 9. Migrantes retornados: tipo de violencia, por sexo



Fuente: OIM. Con base a encuestas de salud y migración en Nicaragua. 2014.

BORRADOR

V. PERFIL SOCIO EPIDEMIOLOGICO DE LA PERSONA MIGRANTE

Edad y sexo

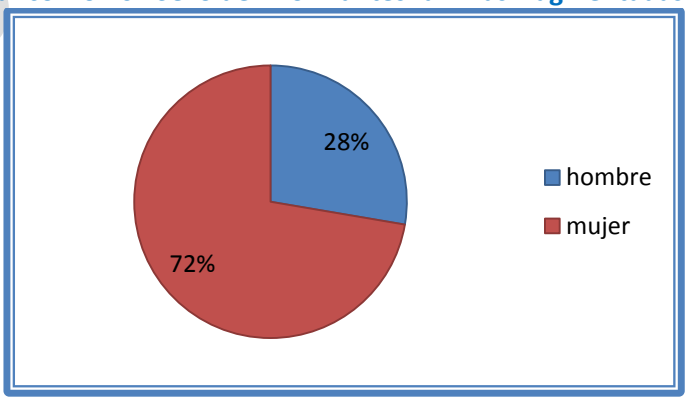
En lo que concierne a familias fragmentadas, son los jóvenes de 20-24 y de 25 a 29 años, quienes, presentan el mayor porcentaje de encuestados familiares de migrantes. Esto supone que son hijos e hijas, cuyos padres han emigrado. Así como posible esposo/a. El 13% de las personas encuestadas están en el grupo de edad de 55 -59 años, principalmente mujeres, que están desarrollando el rol de abuelas cuidadoras. Tabla 5 y gráfico 10.

Tabla 5. Edad y sexo de los informantes de familias fragmentadas

	Sexo del informante familiar de migrante		Total
Grupos de edad	Hombre	Mujer	
15 a 19 años	10.3%	2.5%	4.5%
20 a 24 años	37.9%	19.8%	24.5%
25 a 29 años	20.7%	16.0%	17.3%
30 a 34 años	3.4%	6.2%	5.5%
35 a 39 años	13.8%	4.9%	7.3%
40 a 44 años		1.2%	.9%
45 a 49 años	3.4%	7.4%	6.4%
50 a 54 años	3.4%	11.1%	9.1%
55 a 59 años	3.4%	17.3%	13.6%
60 y +	3.4%	13.6%	10.9%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014

Gráfico No.10. Sexo de informantes familias fragmentadas



Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014,

BORRADOR

Tabla 6. Edad y sexo de migrantes retornados

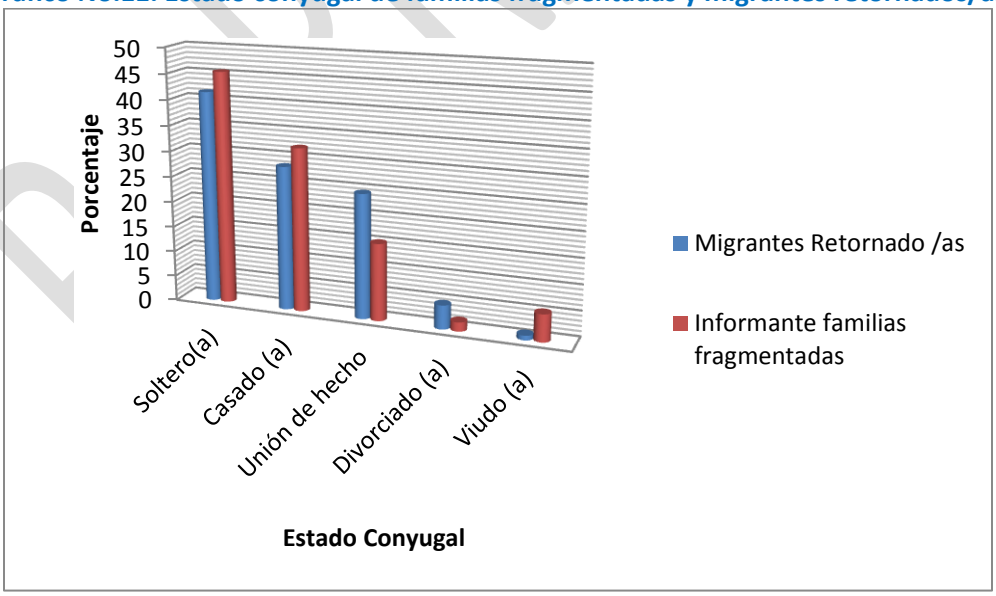
Edad	Hombre	Mujer
	Porcentaje	Porcentaje
17 a 25 años	19	14
26-30	19	21.8
31-35	23.8	18.8
36-40	14.3	18.8
41-45	2.4	10.9
46-50	4.8	4.7
51-55	4.8	3.1
56-60	4.7	4.7
61 y +	7.2	3.2
Total	100	100

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014,

Con relación a migrantes retornados (as), el grupo de edad que sobresale es el comprendido entre 31-35 años para varones y para las mujeres el grupo de 26-30 años. Tabla 6.

Tanto en las familias fragmentadas como las (os) migrantes retornados, son personas jóvenes, que a partir de los 20 años toman la decisión de emigrar en busca de nuevas oportunidades de desarrollo personal y comunitario.

Gráfico No.11. Estado conyugal de familias fragmentadas y migrantes retornados/as.



Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014,

En el gráfico No. 11, se observa que el estado conyugal para migrantes retornados/as, como informantes de familias fragmentadas.

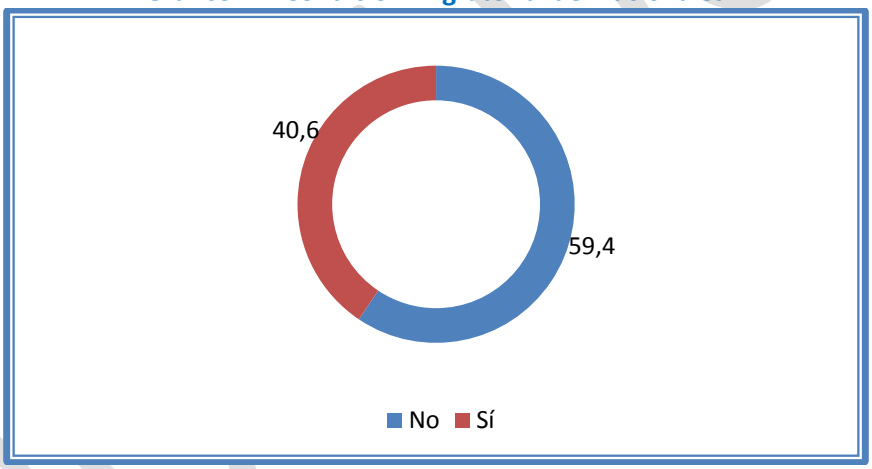
El estado conyugal de las familias fragmentadas y los migrantes retornados, son muy similares. El primer grupo más numeroso es el de solteros, 41.5% en migrantes retornados y 45.5% en familias fragmentadas, seguido de los casados, 28.3% y 32.1% respectivamente y Uniones de hecho, 24.5% y 15.2, respectivamente. Existe diferencia, aunque no muy significativa respecto de los viudos, que en el caso de los retornados es de 0.9% y de 5.4% respecto de familias fragmentadas y los divorciados, 4.7 y 1.8 respectivamente.

Por tanto, los estados conyugales más numerosos son, en primer lugar, los solteros, seguidos de los casados y en unión de hecho, y se refleja una pequeña discrepancia de los divorciados y viudos, siendo más numerosos los viudos en las familias fragmentadas y los divorciados en los retornados.

Condición migratoria de nacionales

El 40.6 % de nicaragüenses que han emigrado, residen de forma irregular en el país de destino. Costa Rica, es el país receptor que presenta el mayor porcentaje de inmigrantes nicaragüenses irregulares (59.3%). Gráfico 12 y 13.

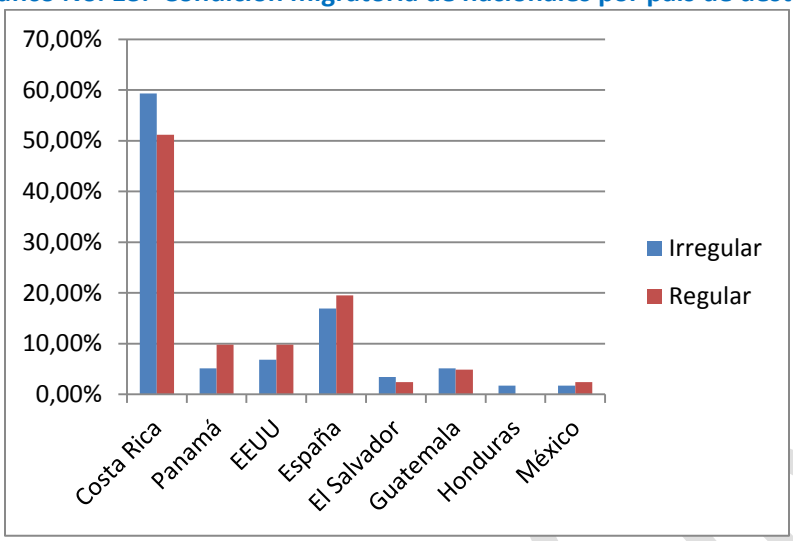
Gráfico 12. Condición migratoria de nacionales



Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014,

BORRADOR

Gráfico No. 13. Condición migratoria de nacionales por país de destino



Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014,

La condición migratoria regular de los y las migrantes es crucial para el acceso a trabajo y servicios básicos en el país de acogida.

A. Perfil socio económico de la población migrante

1. Panorama Nacional

El Informe de la Encuesta de Hogares 2012, indica que en Nicaragua, hay una tendencia hacia la reducción de la pobreza y el incremento del bienestar de los nicaragüenses. El 42.7% de la población vive en condiciones de pobreza general y el 7.6% lo hace en condiciones de pobreza extrema. Los hogares que perciben mejoría en su bienestar, lo vinculan con un incremento de sus ingresos, a la mayor recepción de remesas y a los beneficios de los programas gubernamentales, particularmente los de salud y de educación (FIDEG, 2013).

En cuanto a los indicadores de empleo, los resultados señalan que en el año 2012 la tasa de actividad mantiene su tendencia al alza, la cual está asociada a los procesos demográficos, la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral y en el caso particular del área rural, al auge de la actividad agropecuaria. El desempleo abierto se mantiene estable (3.0%), pero el subempleo sigue incrementando y más del 70% de los ocupados son informales, de los cuales una parte considerable trabaja por cuenta propia. Asimismo ha incrementado la proporción de trabajadores no remunerados y menos de la mitad de los ocupados tiene un empleo como asalariado. Todo lo anterior indica que son más las personas que tienen trabajo, pero que estos trabajos son predominantemente inestables y que sigue vigente la necesidad de generar empleo de calidad.

Respecto a las Metas de Desarrollo del Milenio, los resultados de la encuesta apuntan que es probable que se cumplan las metas concernientes al acceso de agua y saneamiento, no así las de educación. En promedio los nicaragüenses siguen teniendo menos de 6 años de estudio aprobados, es decir, que no alcanzan a terminar la educación primaria (FIDEG, 2012).

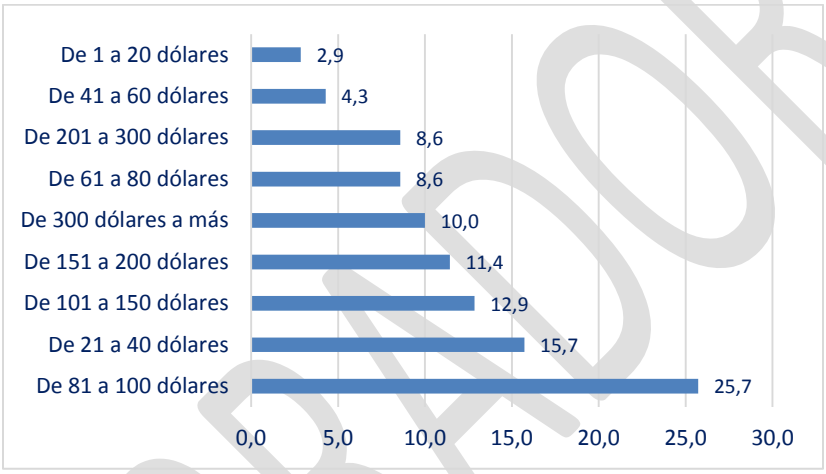
BORRADOR

a) Familias fragmentadas encuestadas

Remesas familiares

Las remesas son un ingreso muy importante para la economía de las familias fragmentadas. El 57% recibe remesas mensuales de hasta $100, el 33% de entre $100 y $ 300 y únicamente un 10% recibe remesas superiores a $300.

Gráfico No. 14. Remesas recibidas por familiares de migrantes



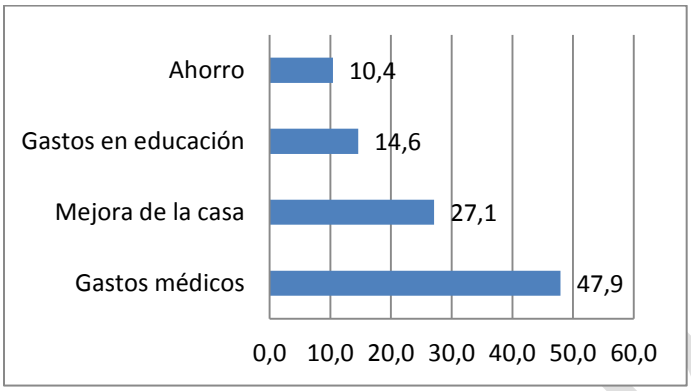
Fuente: OIM, con base a encuesta de Migración y Salud, 2014.

Las familias destinan el dinero de las remesas principalmente a gastos médicos (47.9%), seguidos de mejoras de la casa (27.1%), gastos de educación (14.6%). Únicamente el 10% va destinado al ahorro. Este desglose del gasto indica que las divisas recibidas ayudan en buena medida a las necesidades de los familiares que se quedan en el país e incrementan el ingreso de los hogares (Gráfico No. 15).

La búsqueda de una mejor calidad en los servicios de salud depende de la situación económica, que en familias de migrantes es determinada por la recepción de remesas. También en la participación de grupo focales adujeron que el tipo de servicio de salud a los que recurren las familias es la automedicación para efectos paliativos, consultas privadas cuando los niños de madres migrantes se enferman, además de consultas en farmacias. Los servicios públicos son utilizados, cuando la dolencia se agrava. Sin embargo, también aportan para los medicamentos, cuando en las farmacias de las unidades de salud públicas no tienen en existencia.

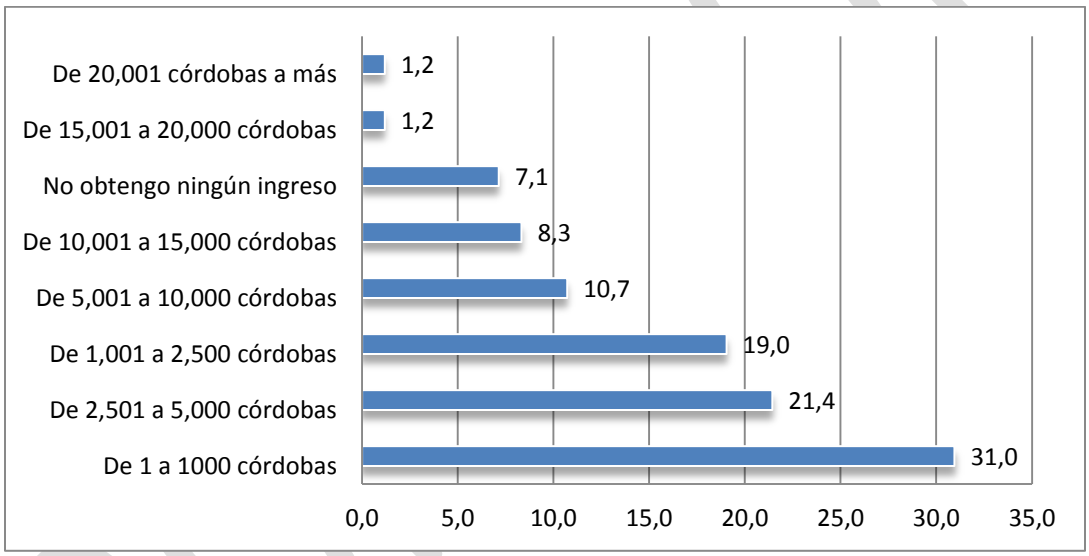
BORRADOR

Gráfico No.15. Utilización de las remesas



Fuente: OIM, con base a encuesta de Migración y Salud, 2014.

Gráfico 16. Familias fragmentadas: Ingreso mensual



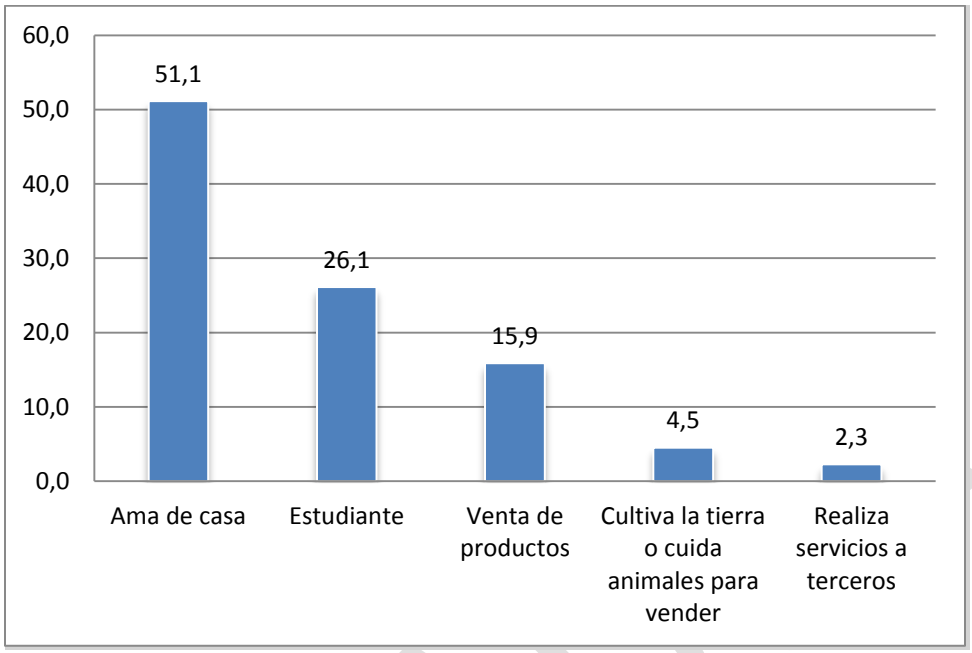
Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014.

El ingreso de las familias fragmentadas es bastante precario. Solamente el 8.3% están en el rango de ingreso de C$10,000- C$15,000 Córdobas, que pueden prácticamente adquirir la canasta básica de 53 productos para 6 personas valorada en C$12,249 Córdobas. Pareciera que las remesas son los únicos ingresos en la gran mayoría de las familias fragmentadas. Ver gráfico No. 16.

La ocupación laboral de las familias fragmentadas en su mayoría de ama de casa (51.1%), que podría corresponder al 49.4% de mujeres de familias fragmentadas de entre 45 y 60 años. Le sigue la categoría de estudiante (26.1%) que podría corresponder al 30% del total de familias fragmentadas de población entre 15 y 24 años, de ambos sexos.

La tercera ocupación es la de venta de productos (15.9%), seguida de agricultura/ganadería (4.5%) y servicios de atención a terceros (2.3%).Ver gráfico No.17.

Gráfico No.17. Principales ocupaciones familias fragmentadas



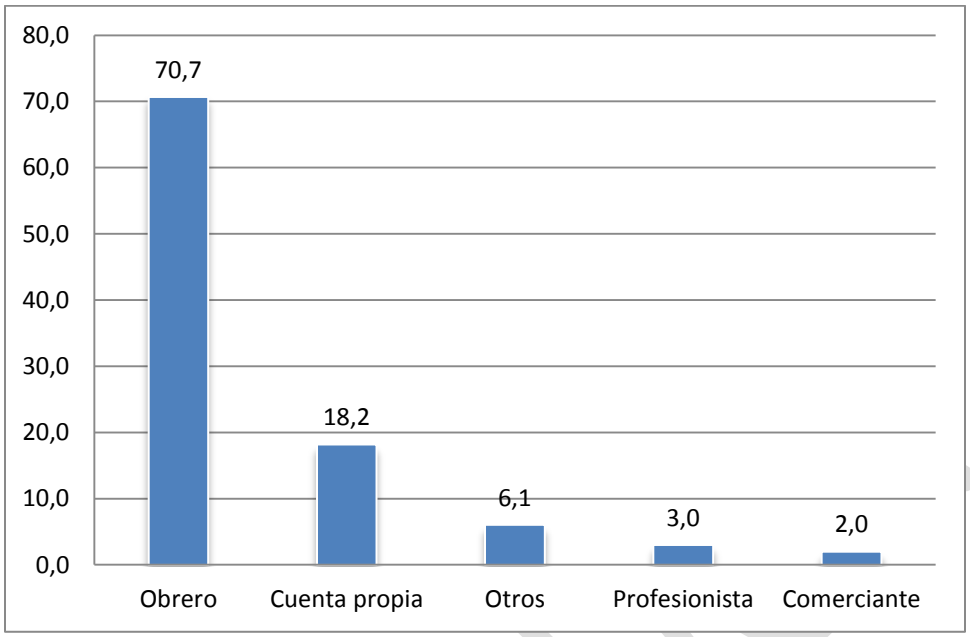
Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014,

Migrantes retornados /as

El retorno de las/os migrantes al país de origen, es también parte del mismo ciclo migratorio. Las y los migrantes retornados, refirieron que las ocupaciones a las cuales se insertaron cuando estuvieron en el exterior, fueron principalmente de obreros (70.7%), seguido de cuenta propia, -categoría que oculta la actividad de servicios como el de limpieza y de cuidados de niños y adultos mayores-. Tras el retorno, suelen ocuparse también en la categoría de obrero, pero se amplía más la diversidad de ocupaciones, tomando importancia, el de comerciante y en menor medida el de profesionista. Generalmente suelen ocuparse en actividades del sector informal, como el resto del 70% de la población activa de Nicaragua. Gráfico No. 18 y 19.

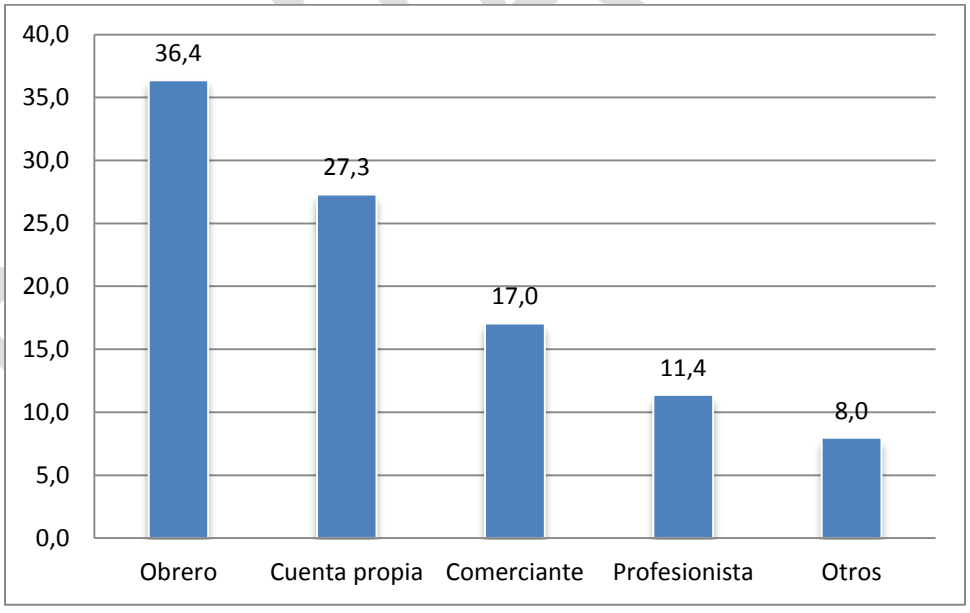
BORRADOR

Gráfico No.18. Migrantes retornados/as: Ocupación en el extranjero



Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014

Gráfico No. 19. Migrantes retornados/as: Ocupación laboral tras el retorno a Nicaragua



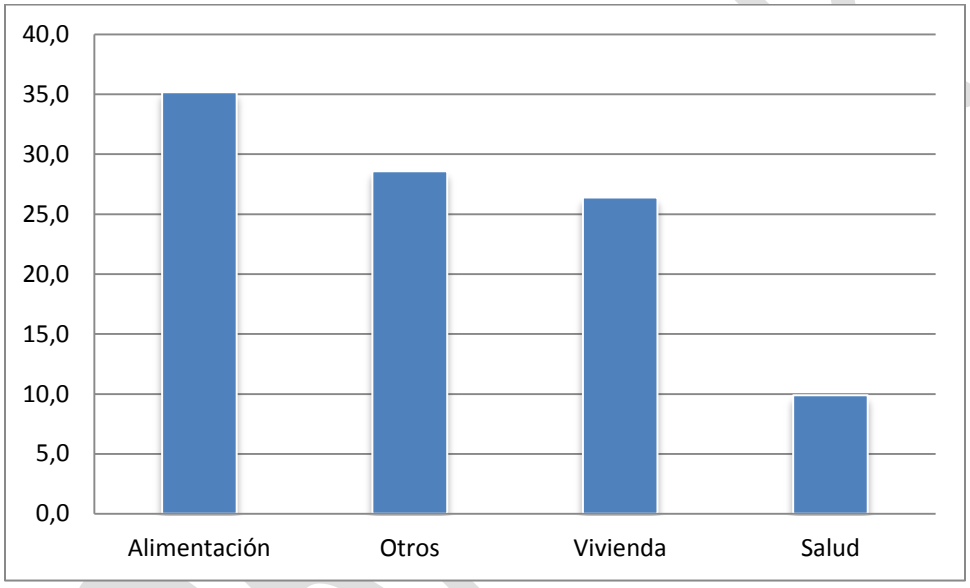
Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014,

La migración influye en la ocupación laboral de los migrantes ya que al retorno se disminuye significativamente el porcentaje de personas que se dedican a la obra y aumentan profesiones más autónomas o independientes como los trabajos por cuenta propia, los profesionalistas, comerciantes y otros.

Se concluye que la migración supone un grado de autonomía laboral para los migrantes al retornar y que propicia la reinserción laboral en sectores más autónomos o independientes.

Los y las migrantes retornados, adujeron que sus ingresos lo destinaban principalmente a la alimentación y vivienda y otros que son gastos varios, incluidas las remesas. El monto destinado a salud es apenas del 10%. Esto se debe principalmente que cuando están trabajando, todas las dolencias la sufren sin atención especializada de salud, por carecer muchas veces de seguridad social, debido a la situación de irregularidad que sufren los y las migrantes. Ver siguiente gráfico No. 20.

Gráfico No. 20. Migrantes retornados/as: Distribución del ingreso, por tipo de gasto



Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014

B. Salud mental

Uno de los aspectos psicosociales más estudiados dentro del proceso migratorio es la reacción de duelo, que algunos autores han denominado “duelo migratorio”.

El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises), hace referencia a un proceso de pérdida que se manifiesta en siete duelos distintos: duelo ante la pérdida de la familia, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el grupo de pertenencia y los rasgos físicos. (Achótegui, Migración y salud mental).

La experiencia migratoria parece no tener una relación directa con un mejoramiento en la salud de la persona que migra, tampoco parece que la situación de la familia que queda en la comunidad de origen es más favorable, lo que conlleva a la reflexión de la atención de las patologías psicosociales tanto para familias fragmentadas por el proceso migratorio, que no significa que

haya un rompimiento de conflicto, sino es una alternativa de búsqueda de nuevos horizontes de bienestar para el hogar. El estrés se apodera de las familias que se quedan en el país y el que parte, también sufre miedo a entornos desconocidos.

Es por eso que la tecnología ha apoyado que las relaciones de familias se mantengan en contacto permanente, ya sea por internet, correos electrónicos y el teléfono. En época de navidad y año nuevo, inclusive en Semana Santa, los compatriotas toman sus vacaciones y visitan a sus familiares en el lugar de origen.

1. Estado anímico de familias fragmentadas

El gráfico N°21, muestra que en términos generales, el estado de ánimo del encuestado es negativo causado por la salida del familiar; expresado como "triste" en un 47.1 %. Únicamente un 11.8% se alegró de que el familiar hubiese tomado la decisión de emigrar.

La mayoría de los encuestados son bien o hijos o madres de los migrantes, lo que refleja la coherencia en la respuesta y que entre los encuestados/as se presenta un alto número de mujeres adultas madres de migrantes. El impacto de la migración, como se atestiguó con varios participantes de grupos focales refleja que la percepción de las consecuencias de la migración adopta un carácter totalmente diferente cuando la persona que sale es un hermano/a, un tío/a o un primo/a.

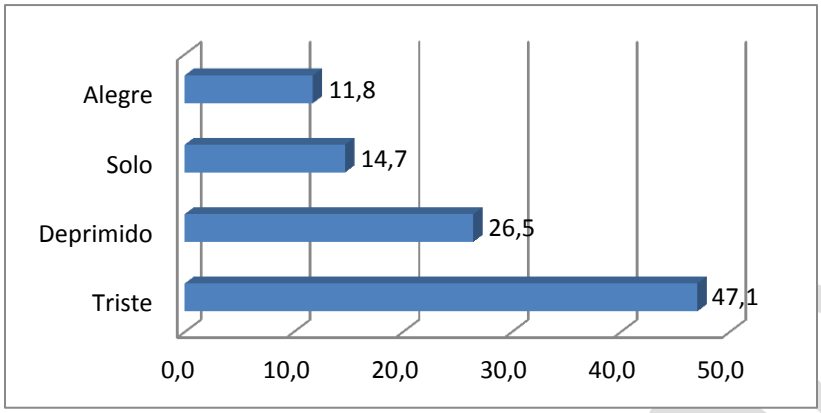
Como se ha observado en párrafos anteriores, las familias fragmentadas han sufrido la pérdida de un familiar de primer grado de consanguinidad, ya sea padre/ madre (37.1%) o hijo/a (34.4%). Las afectaciones a la salud mental de una pérdida tan cercana y vital para el desarrollo del concepto del individuo acarrean graves repercusiones emocionales para los familiares que se han quedado.

Se observa una afectación importante a la salud mental, puesto que el 47.1% han padecido tristeza, el 26.54% depresión, el 14.7% soledad, y en menor medida un 11.8% ha sentido alegría.

Este panorama está condicionado por otros factores, que no se compilaron en la encuesta, pero fueron complementados por la información obtenida de los grupos focales; para ello se citan expresiones como: "Cuando nuestro familiar salió de casa nuestra reacción fue desesperante porque no sabíamos cómo le iba a ir en un lugar desconocido, a la voluntad de Dios", o "uno siente que el mundo se le viene encima porque es un ser encariñado con uno", o remitiendo al momento anterior a la partida refieren "nos sentíamos tranquilos porque todos estábamos reunidos con ellos" (Tomado de testimonios escritos del grupo focal de Familia Fragmentada en Río San Juan).

BORRADOR

Gráfico No. 21. Estado anímico a la salida del familiar



Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014

2. Migrantes retornados/as

La enfermedad, los sueños no cumplidos o un regreso forzoso, son causas que vienen a sumar más peso al migrante retornado, al cual debe apoyarse para la reinserción de nuevo a la vida cotidiana.

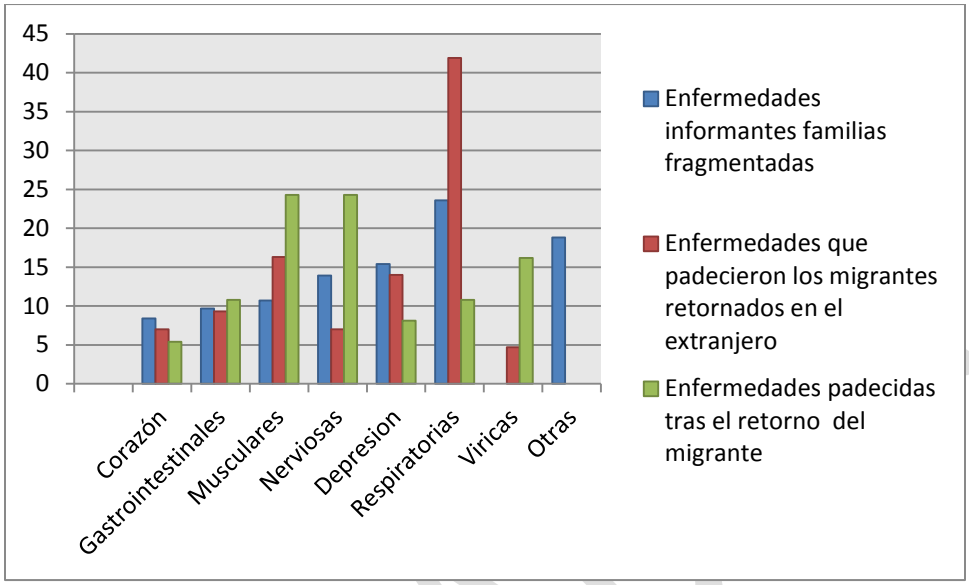
a) Estado de ánimo fuera de Nicaragua, según migrantes retornados/as

La relación de estabilidad emocional con la obtención del trabajo (y, por ende, de ingresos) es muy alta, cuando la población migrante se encuentra en el exterior. Los entrevistados y en los grupos focales expresaron que más que miedo a enfermarse, el miedo es a no tener trabajo. La percepción por parte de algunos de estar ganando un buen dinero ("lo que gano aquí en una hora no lo gano en Nicaragua en todo el día" (participante de grupo focal en Chinandega), puede estar animando a la persona a seguir trabajando, a pesar de las condiciones duras del trabajo, pues ya está viendo materializarse su sueño, ya sea de mejorar la casa, de ayudar a su familia, de comprarse alguna cabeza de ganado o parcela, etc.

BORRADOR

C. Morbilidad asociada al ciclo migratorio

Gráfico No.22. Enfermedades, según familias fragmentadas y migrantes retornados/as



Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014

Las afectaciones respiratorias son las que de manera relevante padecieron los migrantes retornados/as en el exterior (41.9%). Asimismo, las familias fragmentadas presentan alta proporción de esta patología (23.6%). Gráfico No.22.

Los problemas respiratorios pueden estar siendo ocasionados por unos entornos de baja calidad ambiental y de higiene, por los cambios de clima o por situaciones de esfuerzo bajo inclemencias atmosféricas; por su parte, los dolores musculares, pueden ser originados por el tipo de trabajo realizado, especialmente en las labores agrícolas y de construcción. Por último, la aparición de enfermedades víricas puede tener su origen en los procesos de adaptación a un medio nuevo.

La depresión afecta principalmente a las familias fragmentadas (15.4%) y también a los retornados/as cuando estaban residiendo en el extranjero. Las enfermedades nerviosas afectan más los migrantes tras el retorno, debido al proceso de inserción de una nueva vida o bien, cuando su retorno fue forzado y estuviesen preparándose para una ***segunda vuelta.***

Como conclusión se puede afirmar que la experiencia migratoria, dependiendo en qué condiciones se realice, puede impactar en estados depresivos y aumentar las dolencias y padecimientos físicos. Por otro lado, cuando las personas emigran, llevan consigo, todo lo que padecen o sufren, incluso culturalmente cómo tratarse ciertas dolencias.

BORRADOR

D. Salud Sexual y Reproductiva

Dentro del Modelo de Salud de Nicaragua, la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) se conceptualiza como un proceso ininterrumpido, ligado al desarrollo humano, desde el nacimiento hasta la vejez, tratando de asegurar a hombres y mujeres una vida reproductiva sana y libre de riesgos, así como una sexualidad placentera y responsable y es por ello que se elaboró la Estrategia Nacional de Salud Sexual Reproductiva (ENSSR), la cual se operacionaliza con los lineamientos del MOSAFC, que implica articular funcionalmente todas las capacidades disponibles (públicas, privadas, sociales y comunitarias) creando redes de actuación multisectorial para la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva con acciones integrales y accesibles a la población en general.

El principio individual y social de la reproducción humana, la importancia de la sexualidad como manifestación de la afectividad entre las personas y la significativa carga de morbilidad y mortalidad que se asocia con las principales enfermedades que afectan al aparato reproductor de hombres y mujeres, hacen de la SSR un componente de especial significado en el contexto general de la salud de la población (MINSA/ENSSR, 2008).

1. Fecundidad

Es importante señalar que la educación juega un papel muy importante en las actitudes y prácticas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo de las mujeres, así como la actitud frente al tamaño ideal de la familia y las prácticas de planificación familiar.

La tasa global de fecundidad (TGF) de 2.4 hijos por mujer (ENDESA 2011/2012), sigue presentando su descenso debido a la prevalencia de anticonceptivos modernos (77.3%), entre otras razones y el acceso a la educación e inserción de la mujer en el mercado laboral. Las adolescentes, también presentan una baja en su fecundidad específica de pasar de 117 a 92 nacimientos por cada mil mujeres, así como, el aporte porcentual con relación a los embarazos totales (24.4%).

El inicio temprano de la actividad sexual, la falta de información y la inaccesibilidad a medios de anticoncepción principalmente en el área rural, expone a las adolescentes a un embarazo precoz y también a las muertes maternas.

Cabe mencionar, que en el proceso migratorio, se dan oportunidades de relaciones sexuales no protegidas que dan lugar a embarazos no deseados y abortos, lo que contribuye a disminuir la autoestima de la mujer, especialmente de las jóvenes.

2. Planificación familiar

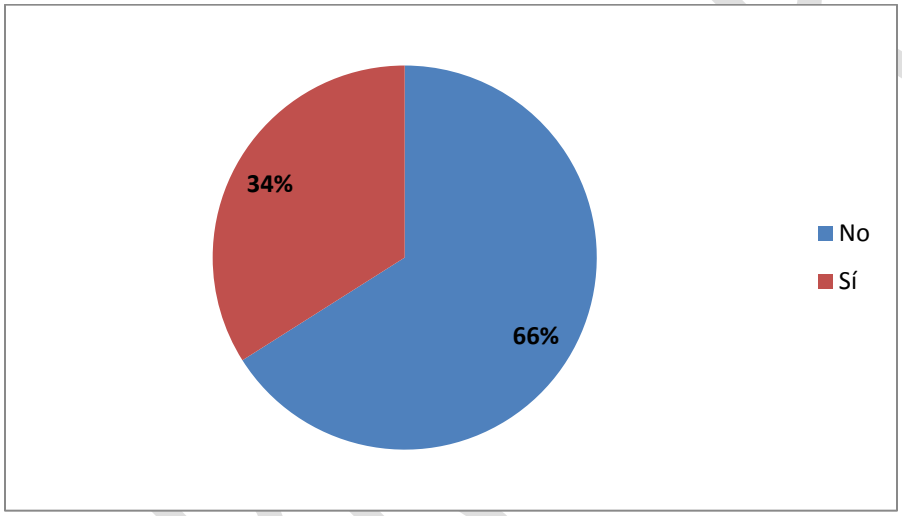
El uso de métodos anticonceptivos en las mujeres en unión, ha ido avanzando en cobertura. Las mujeres que usan cualquier método alcanzan el 80.4% y las mujeres unidas que usan métodos modernos de anticoncepción es de 77.3%, lo que demuestra que todavía existe una brecha de demanda insatisfecha de anticonceptivos (ENDESA, 2011/12).

BORRADOR

Los métodos modernos más usados son la esterilización femenina con el 29.8%, seguido de la inyección (25.6%) y en tercer lugar la píldora (11.3%). El suministro de los métodos lo proporciona el sector público con el 68.6%; el sector privado con el 29% y el sector comunitario con el 0.4%.

a) Planificación familiar en familias fragmentadas y migrantes retornados/as encuestados

Gráfico No.23. Mujeres en familias fragmentadas: Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos



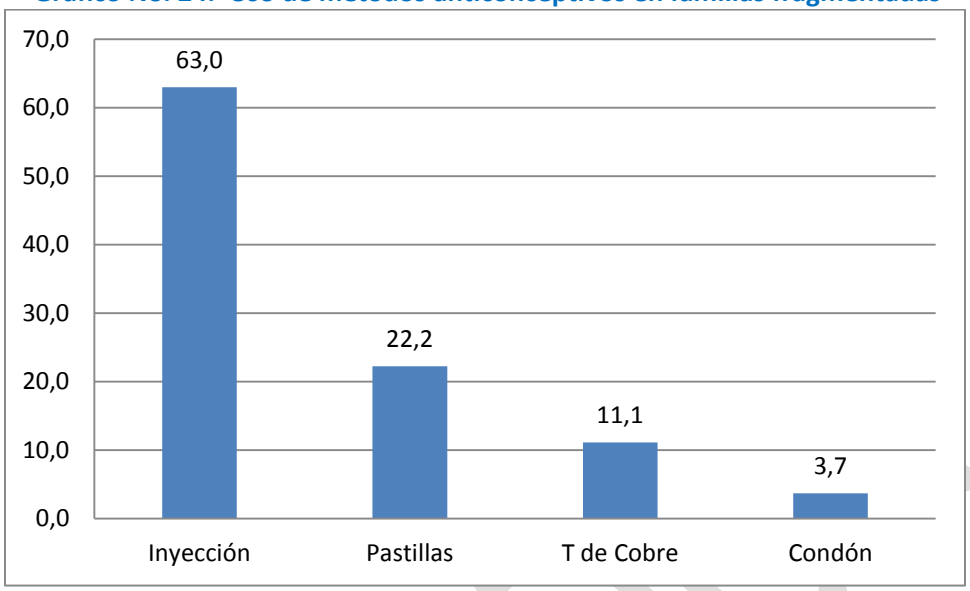
Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014,

El uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres de familias fragmentadas, apenas llega al 34%. Es importante señalar que la encuesta de Migración y Salud, tuvo lugar sólo en 5 departamentos y fue una muestra selectiva de informantes de familias fragmentadas y de migrantes retornados/as, por lo tanto, el dato arrojado, tiene sesgo de dominio geográfico, pero permite dar una visión del uso de anticonceptivos modernos. Gráfico 23.

A nivel nacional la esterilización femenina es la que representa el mayor porcentaje de método anticonceptivo (29.8) en mujeres unidas (ENDESA 2011/12), seguido de la inyección (26.0%). En el caso de la población femenina de familias fragmentadas encuestadas, el método anticonceptivo que presenta mayor porcentaje de uso es la inyección con el 63%, seguido de la píldora/pastilla con el 22.2%.

Cabe señalar que en muchas mujeres, en especial de las zonas rurales, cuando planifican, prefieren hacerlo con la inyección y le dicen la inyección del mes o la inyección de los tres meses, para no rendirle cuenta al marido/compañero que están planificando. Es importante resaltar que los anticonceptivos en todos los departamentos de Nicaragua son de fácil acceso, pues tanto en los puestos de salud, como organizaciones de la sociedad civil son proveedores y no tienen ningún costo.

Gráfico No. 24. Uso de métodos anticonceptivos en familias fragmentadas

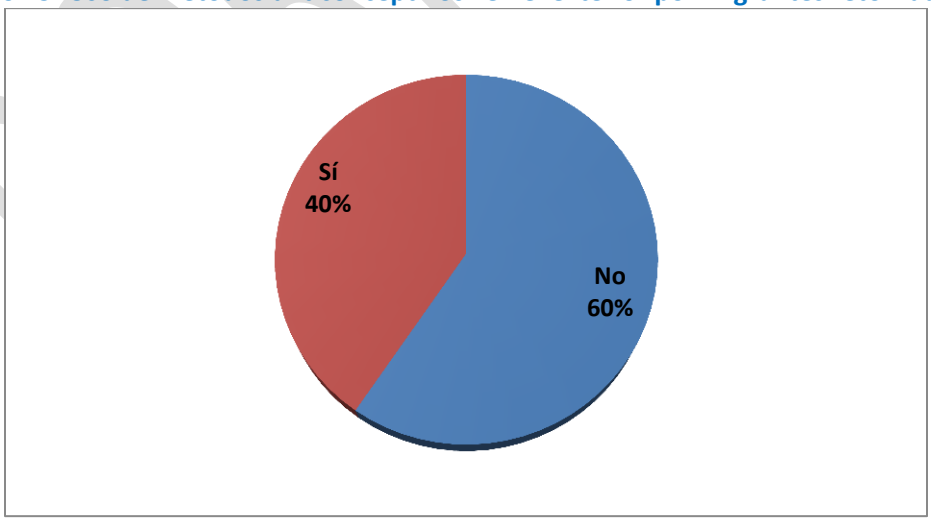


Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014,

b) Planificación familiar en migrantes retornados/as

En cuanto a las personas retornadas, el uso de anticonceptivos que usaron en el exterior es bajo (40%). Es posible que el acceso sea limitado por el costo o bien por el deseo de procrear hijos para estrategia de obtención de regulación.

Gráfico 25. Uso de métodos anticonceptivos en el exterior por migrantes retornados/as

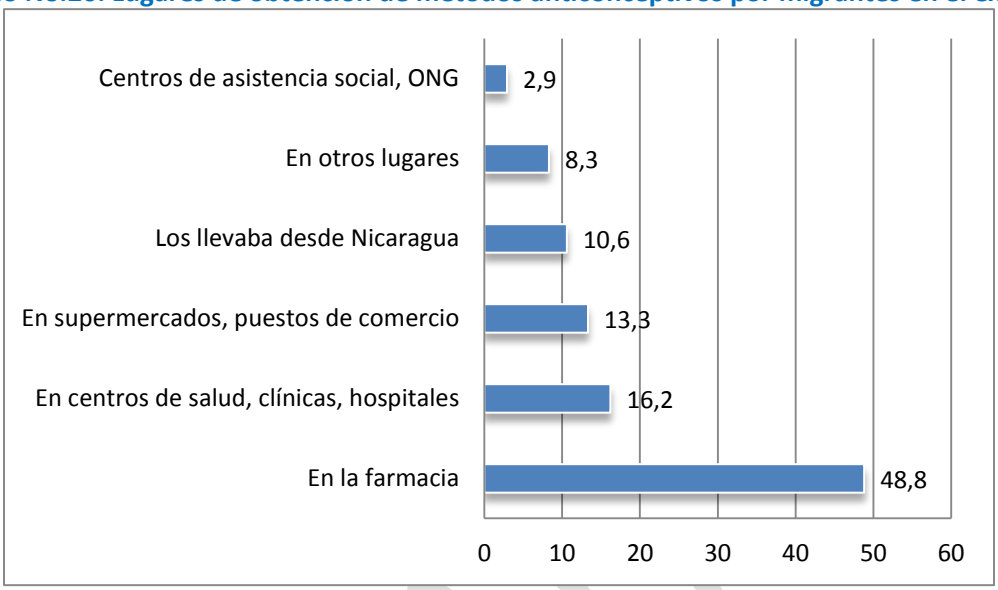


Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014

En el gráfico de abajo No.26, la población migrante retornada refirió que cuando estuvo en el exterior, los anticonceptivos lo obtenían en la farmacia principalmente (48.8%), seguido, aunque

bastante distante, de las clínicas, los centros de salud, los hospitales (26.2%) y el 10% declararon que los anticonceptivos los llevaban de Nicaragua.

Grafico No.26. Lugares de obtención de métodos anticonceptivos por migrantes en el exterior



Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014,

E. VIH

1. Situación epidemiológica nacional de VIH

La epidemia del VIH en Nicaragua está concentrada y ha mantenido un incremento sostenido. Los departamentos que presentan arriba de la media nacional son: Chinandega, RAAN y Managua. La Prevalencia más baja del país se concentra en los departamentos, Río San Juan, Nueva Segovia, Matagalpa y las Minas.

En el 2013 se registraron 8,813 acumuladas desde el año 2007 personas afectados por el VIH, de las cuales 6,894 son VIH, 796 casos y 1,072 fallecidos. La tasa de prevalencia 0.24% y la incidencia de 26.62. Según sexo, el 35% (3,006 mujeres) y 65% (5,503) hombres,) manteniéndose la relación hombre mujer de 1.83 a 1 es decir; por cada 1.83 hombres una mujer. La prevalencia del VIH en mujeres trabajadoras sexuales de Managua fue de 1.8%, mientras que en Chinandega fue de 2.4%. Se encontró una incidencia del VIH en este grupo de población de 0.8%. Por otro lado la prevalencia de VIH en adolescentes y jóvenes es 0.80% (MINSA/OPS/UNICEF, 2014).

La prevalencia en hombres que tienen relaciones con hombres (HSH) es del 7.5%, 3 trabajadora sexual 3.2 % embarazadas 0.15% 4. La prevalencia en grupos de 15-24 años es del 0.115%, 15-19 años 0.066% y de 20-24 años 0.157%. La principal vía de trasmisión del VIH es sexual en un 98%.

BORRADOR

a) Conocimiento sobre el VIH

De acuerdo a datos de la ENDESA 2011/12, el conocimiento de las mujeres sobre VIH/Sida de forma espontánea fue de 80.4%. Espontáneo y dirigido se obtuvo el 98.8%. En cambio a los hombres encuestados, el nivel de conocimiento espontáneo fue de 78.8% y el espontáneo y dirigido 99.7%. Esto evidencia que las mujeres tienen un mejor conocimiento de forma espontáneo que los varones. Sin embargo, cuando es espontáneo y dirigido, los hombres superan a las mujeres.

b) Pruebas de VIH

En 2013 se realizaron un total de 144,840 pruebas de VIH, de estas 74% (122,806) fueron a embarazadas, alcanzando una cobertura del 59% según meta de embarazos esperados (169,823) es preciso señalar que durante el segundo trimestre de este año hubo desabastecimiento de pruebas rápidas en todo el país. El 11% (14,392) se realiza en hombres (MINSA/OPS/UNICF, 2014).

c) Acceso a la Terapia Antirretroviral

En 2003 se inició la terapia antirretroviral con la atención de 22 personas y tres unidades que brindaban Terapia Antirretroviral (TARV), al 2013 se ha descentralizado la terapia en 42 unidades en 18 departamentos y 15 municipios del país con atención 2,458 personas en terapia de las cuales 2,346 son adultas y 112 niños y niñas% (MINSA/OPS/UNICEF, 2014). El tratamiento es para nacionales y residentes extranjeros.

2. Familias fragmentadas y migrantes retornados/as

En lo que concierne a la investigación realizada, tanto migrantes retornados/as, como a familias fragmentadas adujeron que ninguno/a convivía con el VIH. Sin embargo, se indagó sobre el conocimiento y pruebas realizadas entre los encuestados y encuestadas.

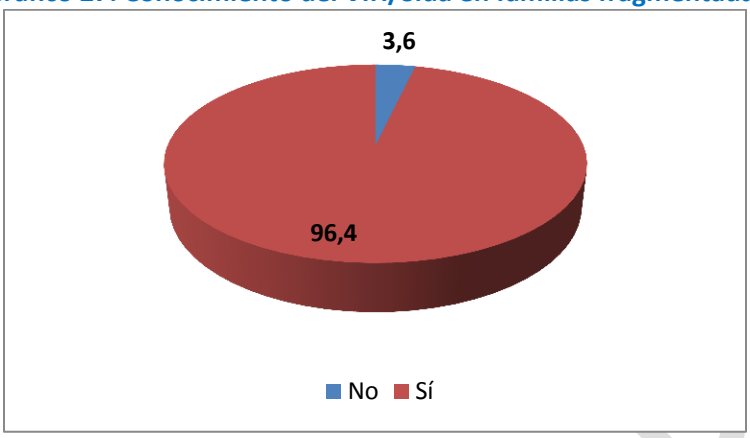
a) Conocimiento sobre el VIH/Sida en familias fragmentadas y retornadas

Los gráficos 27 y 28 muestran el conocimiento adquirido sobre el VIH/Sida, tanto de familias fragmentadas como de retornados/as, ambas poblaciones sujetas de análisis indican amplios conocimientos sobre la epidemia en mención, principalmente los retornados/as superan a las familias fragmentadas en 1.7 puntos porcentuales en conocimiento.

El diálogo sostenido tanto en el grupo focal como en la entrevista, señala que en Chinandega y Río San Juan, existe menos conocimiento sobre el VIH que en el resto de departamentos seleccionados para la encuesta.

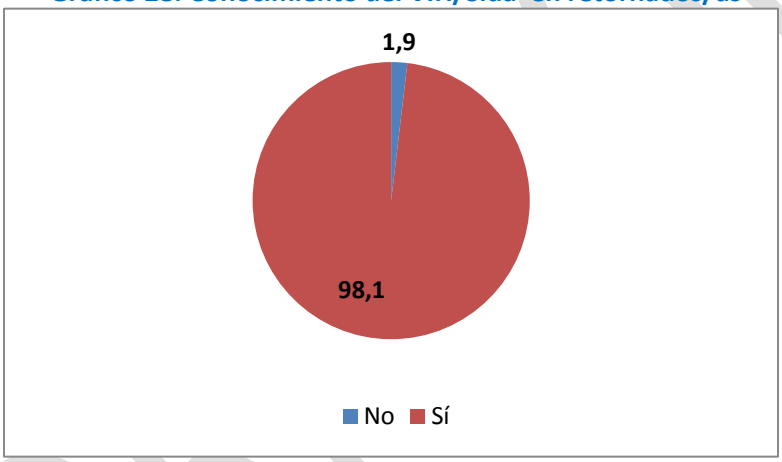
BORRADOR

Gráfico 27. Conocimiento del VIH/Sida en familias fragmentadas



Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014

Gráfico 28. Conocimiento del VIH/Sida en retornados/as



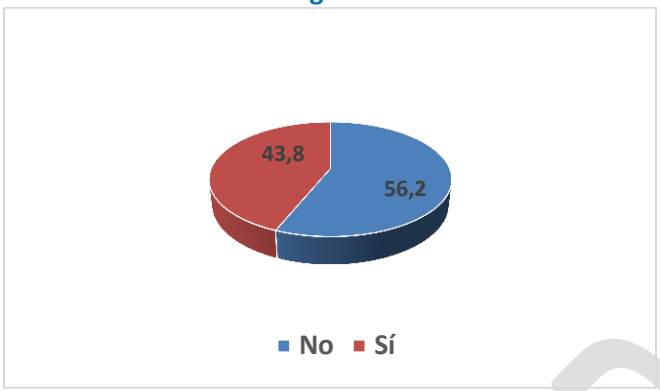
Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014

Pruebas de VIH en familias fragmentadas y migrantes retornados/as

En familias fragmentadas

43.8% de los encuestados en familias fragmentadas confirmaron que se hicieron la prueba de VIH, a pesar que siempre existe renuencia a hacerlo. Pero es importante destacar que las brigadas de salud o ferias de la salud, son una oportunidad donde la población accede a la prueba rápida sin costo alguno. Asimismo, organizaciones de la sociedad que trabajan conjuntamente con el MINSA apoyando esta tarea, al brindar consejería antes y después de realizarla. Gráfico 29.

Gráfico 29. Familias fragmentadas: Prueba de VIH

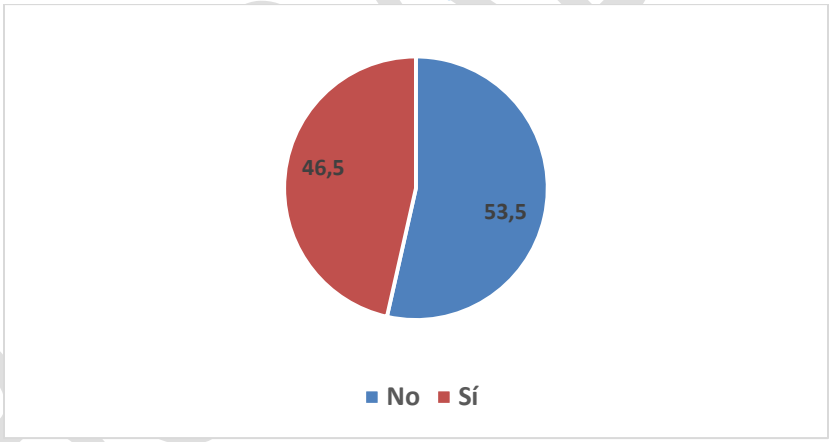


Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014

En migrantes retornados/as

Respecto a la realización de la prueba del VIH, entre los encuestados de migrantes retornados/as, el 46.5% afirmó haberse realizado la prueba, y de ninguna de las respuestas obtenidas se confirmó un caso de VIH.

Gráfico 30. Retornados/as: Prueba de VIH



Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014

F. Tuberculosis

La Tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa que suele afectar los pulmones y es causada por una bacteria denominada Mycobacterium tuberculosis.

En Nicaragua, existen pocos estudios relacionados con la TB, pero un estudio realizado por el MINSA en el 2012, refiere que durante los últimos años la tuberculosis en Nicaragua ha tenido un descenso progresivo. De 1999 a 2011, la tasa de incidencia ha disminuido en todas sus formas de

51.5 a 40.0 por 100,000 habitantes, y en las formas pulmonares BK + 1 ha disminuido de 31.5 a 23.1 por 100,000 habitantes, en 2009.(3), en el año 2011, Nicaragua (40/100,000 habitantes).

La infección por Mycobacterium tuberculosis es la confección más común en personas con VIH. Al finalizar el año 2009, se tenían registradas 3,888 personas con diagnóstico de VIH, de las cuales 63 presentaron confección con TB, para prevalencia nacional de coinfección TB y VIH de 1.6 por 100 habitantes, concentrándose principalmente en el departamento de Matagalpa y en la RAAS. No obstante, en un estudio realizado en Chinandega se encontró que la prevalencia en ese departamento fue la más alta a nivel nacional, resultando con coinfección de 9% del total de la muestra. En relación a la edad se encontró que del total de personas estudiadas con coinfección Tuberculosis y VIH, el grupo de 25 a 29 años fue el más afectado con el 28**%** (MINSA, 2012).

En el 2011, se registraron un total de 48 casos de coinfección TB/VIH para un porcentaje del 3.4 de los nuevos ingresos VIH, el 50% de los casos se concentró en Managua y Chinandega (OPS, 2013)

G. Otras patologías relacionadas a la migración

Las migraciones y la salud han despertado un renovado interés desde los años noventa con la aparición de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes. Ulteriormente se ha prestado gran atención a la contención de las amenazas sanitarias mundiales y ha habido notables inversiones internacionales para enfermedades infecciosas graves como la malaria, la tuberculosis y la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA).

Cada vez se está reconociendo más la relación entre la movilidad de una población y la aparición de enfermedades previamente desconocidas como el VIH o SARS, así como la reaparición de enfermedades conocidas como la tuberculosis y la malaria. Las personas en desplazamiento interactúan y afectan y adoptan el perfil de salud de todas las comunidades a lo largo de su ruta de migración (OMS).

En Nicaragua

Las autoridades sanitarias hacen uso del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), que tiene como objetivos:

1. Limitar la propagación Internacional de epidemias y otras emergencias de salud pública.
2. Incrementar la seguridad de la salud pública global.
3. Minimizar interferencias a los viajes, el comercio y las economías.

1. Ébola

El ébola es una enfermedad infecciosa viral aguda que produce fiebre hemorrágica en humanos y primates (monos, gorilas y chimpancé), que se descubrió por primera vez en el año 1976, cuando

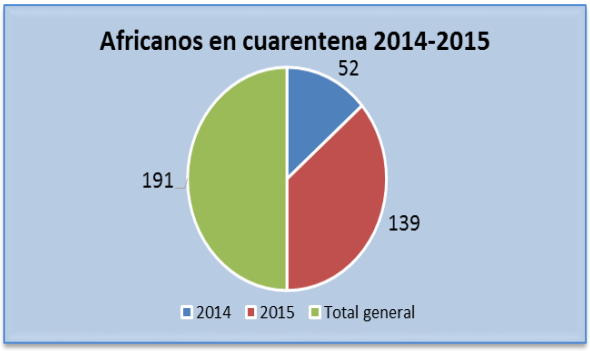
se presentaron varios casos de fiebre hemorrágica en Zaire y Sudán. El nombre del virus se debe al río Ébola, geográficamente ubicado en Zaire**.**

En el 2014 se dio un brote de la epidemia del ébola en países africanos. Sin embargo, el ébola viajó a otros países, como España y EEUU, por lo tanto, la amenaza de la epidemia a nivel mundial puso en estado de alarma a toda la población del planeta.

En Nicaragua, ante el riesgo de que la epidemia del ébola aparezca en el territorio nacional, las autoridades del Ministerio de Salud comenzaron a implementar un plan de lucha integral para detectar y atender este virus. Se creó un Gabinete de Emergencia, y los protocolos para enfrentar el ébola y tener la visita de expertos, además que la participación ciudadana es un factor clave en la movilización para la prevención.

El Gobierno contempla un sitio de aislamiento temporal para toda persona que sea clasificada como caso para cuarentena o caso sospechoso de ébola. Entre las medidas de prevención en todos los puestos fronterizos, las autoridades han dispuesto colocar cámaras térmicas en los principales puntos de entrada al país, de manera que al detectar a una persona con padecimientos febriles, se le brinda el seguimiento del caso. De tal forma que Nicaragua pone en cuarentena a todo inmigrante irregular. La frontera sur en Peñas Blancas, es uno de los sitios donde se recomienda tener mayor control sanitario sobre las personas que ingresan al territorio nacional.

Gráfico No. 31. Nicaragua: Migrantes en cuarentena



Fuente: Dirección General de Migración y Extranjería (DGME)

En caso de presentarse uno o varios casos de ébola, el Gobierno de Nicaragua ha dispuesto un estricto protocolo de atención, que incluye el aislamiento y la remisión a un hospital que será instalado en una zona alejada, pero con buen acceso terrestre.

2. H1N1

Conocido oficialmente por la Organización Mundial de la Salud como Virus H1N1/09 Pandémico, haciendo referencia al año de su aparición.

El H1N1 entró en Nicaragua el 1 de junio del 2009. Este fue el 22º país en reportar casos de gripe A en el continente americano. Como medidas hubo cierre de escuelas y vacunación masiva.

La detección temprana de casos de gripe A (H1N1) en Nicaragua, las acciones preventivas y la atención brindada a los enfermos ha sido de mucha importancia para la población, a pesar de las limitaciones económicas, en Nicaragua se realizan los exámenes de rutina a todos aquellos pacientes que presenten los síntomas del A (H1N1), lo cual permite mantener controlados los casos.

VI. ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

La población móvil y migrante tiene un limitado acceso a los servicios públicos de salud. Los temores y el desconocimiento general de la oferta, limitan la demanda de los servicios de salud. También la situación de regularidad/irregularidad en el país de residencia determina el acceso a los servicios sociales y de salud. Los costos de los servicios pueden afectar su uso por parte de la población migrante o bien por la carencia de la seguridad social.

No es ya la ausencia de acceso sino un acceso precario al derecho. Una prueba de ello es cuando "los antecedentes sanitarios de las personas migrantes, sus experiencias durante el trayecto migratorio y sus condiciones de vida y trabajo en la sociedad de destino suelen configurar un cuadro de necesidades particulares que los proveedores de salud a menudo desconocen y que no han sido capacitados para tratar. Todos estos factores pueden agravarse si el personal de salud presenta actitudes discriminatorias hacia los pacientes por razones étnicas, raciales o por su condición migratoria." (Pérez Orozco, Paiewonsky, & García Domínguez, 2008).

Familias fragmentadas y migrantes retornados/as

Acceso de miembros de familias fragmentadas a la salud

Nicaragua cuenta con un servicio gratuito de salud para todos las y los nicaragüenses y extranjeros en territorio nicaragüense. No existe diferencia alguna. Se atiende a la población de acuerdo al orden de llegada. En algunas zonas las dificultades son causadas por la lejanía en relación con algunas comunidades en algunos de los departamentos.

Un funcionario del MINSA en Río San Juan, comentó en entrevista realizada, lo siguiente:

"De las Maravillas a Nueva Quesada no hay carretera solo trocha, pero no es accesible con terreno, se viaja por la ruta Nueva Quesada, Buena Vista, Boca de Sábalo y San Carlos: se hace en 6 ó 7 horas, hay personas que ya vienen con otras 3 ó 4 horas de viaje. Lo hacen mujeres embarazadas. En Nueva Quesada no hay médico, solo dos auxiliares de enfermería, en el puesto de salud un médico, en Las Maravillas ya hay un médico, una enfermera y dos auxiliares".

El departamento de Río San Juan, es el que tiene mayores problemas de accesibilidad a puestos y centros de salud y al Hospital departamental, debido a su complicada orografía y tipos de asentamiento. No obstante, hay que señalar que un puesto de salud, al cual puede estar llegando un médico dos veces por semana, puede estar atendiendo a una población de más de 2 000 habitantes. El transporte al Hospital puede ser o muy difícil, o muy arriesgado (inseguridad en el camino) o económicamente inaccesible para las familias (relatos expuestos por personal médico del MINSA en los departamentos de Río San Juan, Chinandega y Rivas).

BORRADOR

El acceso de la población a la salud, depende de la red de infraestructura de servicios sanitarios públicos, el cual no es uniforme en los departamentos del país, lo que dificulta la cobertura y calidad de los servicios de salud en ciertos territorios de difícil acceso.

A. Resumen del sistema de salud nacional

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), que se desarrolla en Nicaragua se sustenta en la Estrategia de Atención Primaria en Salud, que consiste en establecer el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, mediante su plena participación, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas. Asimismo, orienta la organización de los establecimientos de salud en redes articuladas para brindar los servicios integralmente. El modelo de gestión está dirigido a descentralizar la atención de Salud.

El sistema de salud nacional es un conjunto de instituciones, organizaciones, personas, establecimientos públicos o privados, actores, programas y actividades, cuyo objetivo principal, es la atención de la salud en sus diferentes acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación. En este sentido el Sector Salud actual está conformado por un sub sector público y un sub sector privado.

Dentro del sub sector público el Ministerio de Salud (MINSA) es el principal oferente de servicios de salud y la institución rectora de la salud. La principal entidad aseguradora en el país es el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), el que a través de 49 Empresas Médicas Previsionales (ahora denominada Clínica Médica Previsional - CMP) compra prestaciones médicas para asegurados y derecho habientes. La cobertura de atención por parte de las instituciones se estima en: Ministerio de salud (61.2%), INSS (16.5% afiliados y familiares), Gobernación y Ejército (6%), instituciones privadas (16.3%), gran parte de la población complementa los servicios del MINSA con servicios privados y del sector ONG (MINSA, 2008).

Los establecimientos del primer nivel de atención a través de los centros y puestos de salud, en general tienen una baja capacidad resolutiva en los aspectos de diagnóstico y tratamiento. Hay centros de salud en cada municipio, con diferente capacidad resolutiva: algunos tienen camas y otros no; en los municipios en que se ubica la cabecera departamental pude existir más de un centro de salud y en la capital en cada barrio/distrito.

La red hospitalaria, en general funciona con una infraestructura y equipamientos en su mayoría obsoletos, lo que crea desequilibrios entre los recursos humanos y la base técnico material, teniendo incidencia en su baja productividad. Otro hecho relevante es que los hospitales atienden demanda de servicios que corresponde al Primer Nivel de Atención en vista que estos últimos no resuelven las necesidades de la población y por tanto las emergencias de los hospitales y la consulta externa se ven saturadas, debilitando su capacidad de actuación en las acciones de promoción y prevención de la salud (MINSA, 2008).

En 1991 el MINSA inició un proceso de reforma tendiente a transformar su modelo de gestión de los servicios de salud, basado en la regionalización y la subdivisión por áreas de salud, hacia los SILAIS, cuya estructura en general se ajusta a la división político administrativa a nivel

departamental y municipal, con excepción en las dos Regiones Autónomas del Atlántico y en dos departamentos. El SILAIS constituye una unidad intermedia entre la administración central y los establecimientos proveedores de servicios de salud.

Para mejorar la cobertura en salud, el MINSA impulsa en la mayoría de los SILAIS brigadas médicas móviles o salidas integrales las cuales se han venido realizando desde hace más de una década, en las cuales se organiza una brigada de trabajadores de la salud para visitar territorios de difícil acceso.

A pesar de los esfuerzos realizados en el sistema de salud, existen deficiencias en el análisis de determinantes de la salud a nivel local que afectan la planificación local, en particular lo relacionado con la consideración de la variable migración, en cuanto a las metas de atención a la población de acuerdo con los ciclos de las cosechas y la consideración de territorios y poblaciones en zonas fronterizas especialmente.

La participación ciudadana en la gestión del sector es uno de los procesos que vienen consolidándose en el ámbito nacional a través del Consejo Nacional de Salud, pero con mayor énfasis en los niveles locales. En los SILAIS se han conformado los Consejos de Salud con un grado muy diverso de participación ciudadana (de acuerdo a las características de cada departamento o Región Autónoma del Atlántico) y además se cuenta con la participación de las delegaciones de las distintas instituciones gubernamentales de acuerdo a lo que establece la Ley General de Salud (OPS, 2008).

B. Recursos de autocuidado

El modelo de salud de Nicaragua, orienta el accionar de trabajadores de la salud, a través de sus equipos de salud familiar articulados con el voluntariado social que trabaja en salud, hacia el fomento y la protección de la salud de las personas, la familia y la comunidad con el reconocimiento e involucramiento de una amplia participación social en la gestión de salud. En el desarrollo de las acciones de salud está presente siempre el tema del cuidado y preservación de un medio ambiente saludable, como protector de la salud de todas y todos (PNDH 2012-2016).

De acuerdo a lo expresado en entrevistas con funcionarios de la salud y grupos focales, los y las migrantes, aunque expresen tener buena salud, a pesar de algunas enfermedades crónicas, la mayoría, no tomaron medidas de auto-cuido antes de la salida. Sin medidas preventivas, las personas tienen un acercamiento al centro de salud cuando la dolencia es grave. En el grupo focal de Managua, cuyos intervinientes habían tenido como destino Estados Unidos de América, España y Panamá, en todos los casos se compartió la experiencia de haber viajado con el “botiquín”, es decir, provistos con un buen número de medicamentos ya sea para seguir el tratamiento de la enfermedad -en cuyo caso se acompañaban de recetas del médico- o bien como para prevenir enfermedades.

En las indagaciones con grupos focales de retornados, las personas que no satisfacen de inmediato las expectativas del viaje, sufren depresión y son vulnerables a caer en las adicciones que perjudican su propia salud. Asimismo, la auto- medicación, los remedios caseros o la medicina naturista (de bajo costo, por otro lado), se han convertido en la forma unánime en que

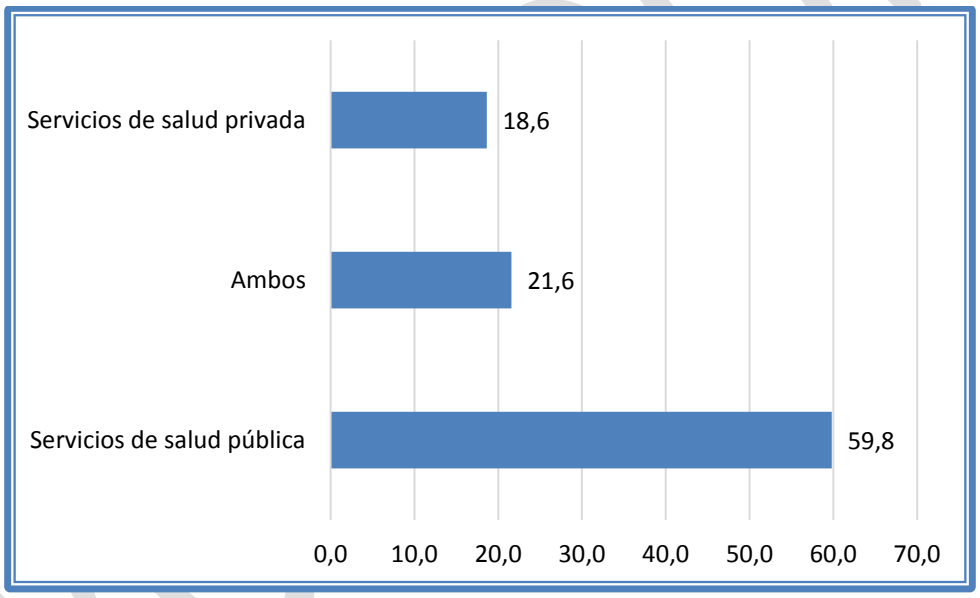
BORRADOR

las mujeres entrevistadas referían el cómo resolver la gran mayoría de sus problemas de salud. Hay que tener en cuenta, por tanto, que este acceso es de baja calidad además de los altos riesgos en su consumo sin la supervisión de un médico. Tanto médicos particulares como trabajadores del MINSA, coincidieron en señalar que la ignorancia puede estar haciendo mucho daño, en general, a las personas que se auto-medican, pues no únicamente se pueden encontrar problemas de gastritis en estas personas sino también de intoxicación, como consecuencias más directas.

C. Apropiación de la oferta existente

A pesar de la gratuidad de la salud en Nicaragua, la cobertura no es de calidad, puesto que gran porcentaje de municipios en Nicaragua, están afectados por determinantes sociales, especialmente el difícil acceso geográfico, la pobreza, entre otros. También existe insuficiencia en la adecuación cultural de los servicios.

Gráficos No. 32 Familias fragmentadas: Tipos de servicios de salud utilizados



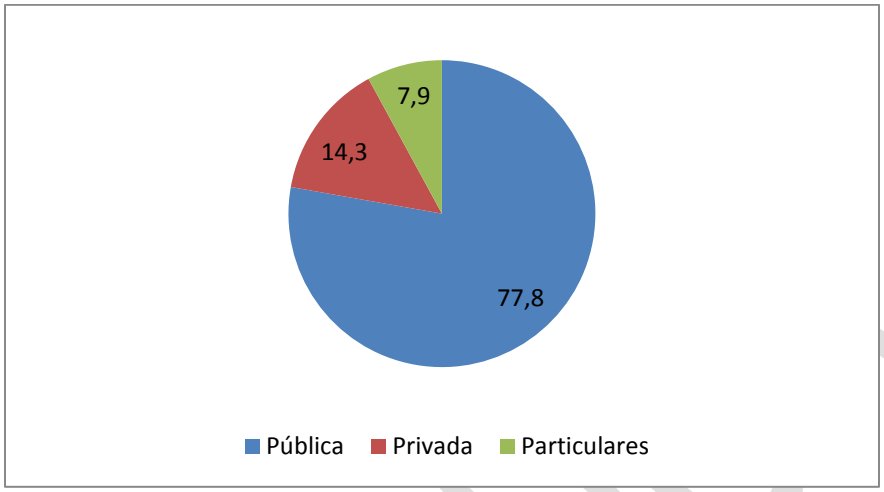
Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014

Aún con todas las deficiencias que puedan existir, la población acude generalmente a los establecimientos del sector público (59.8%), por su gratuidad especialmente, lo que conlleva a pensar que la oferta de servicios de salud, tiene algún nivel de aceptación en lo general, pero se necesita avanzar en la divulgación de información sobre la oferta de servicios que cada unidad de salud brinda, para que no haya saturación del servicio en el segundo nivel de atención.

La distribución de los recursos humanos merece atención en los diferentes territorios y también la accesibilidad a los establecimientos. La red de infraestructura pública de salud no es uniforme en todos los departamentos, sino que depende de la propia localización geográfica. Existen territorios en donde no existen centros de salud en varios kilómetros a la redonda. Justamente, varios de estos espacios se han encontrado en las zonas fronterizas, especialmente en Nueva Segovia, Chinandega y en Río San Juan.

Por otro lado, los y las migrantes tras el retorno también acudieron al sector público (77.8%), lo que supone también una mejor acogida de los servicios ofertados en el sector público. Gráfico 33.

Gráfico No. 33. Migrantes retornados/as: tipo de atención médica tras el retorno



Fuente. OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014

D. Necesidades de salud

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario constituye una ruta para lograr la Equidad en el sector, un reto que obliga a garantizar el acceso a los servicios de salud y reducir las brechas de atención a los grupos más excluidos socialmente. El Modelo mandata responder a las necesidades y expectativas de la población a fin de que obtengan una atención de salud integral con calidad, calidez y respeto, donde se garantiza el derecho a la salud, pilar fundamental de las Políticas del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, caracterizada por los principios de gratuidad, universalidad, solidaridad.

Las necesidades de salud, no solo, hacen referencia a la atención, sino a la accesibilidad. En Nicaragua a pesar de la voluntad política sobre la restitución de derecho de la salud, todavía existen desafíos que enfrentar como:

1. El mejoramiento de la red hospitalaria, tanto en infraestructura, como en recursos humanos calificados.
2. Fortalecimiento en la ampliación de la cobertura en salud a comunidades remotas, en especial, la de la frontera sur, en el departamento de Río San Juan.
3. Ampliación de la cobertura y calidad de los servicios de SSR y su adecuación cultural (Planificación familiar, controles prenatales, partos en establecimientos de salud), en especial en las áreas rurales.
4. Mejoramiento de la comunicación en la oferta de servicios en el primer nivel de atención (centros de salud, puestos de salud), para reducir la demanda en los establecimientos del segundo nivel (hospitales).

BORRADOR

VII. Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

1. Existen desafíos importantes en los sistemas de información para vincular el tema de migración y salud. No existen estadísticas nacionales, ni departamentales en donde se registren indicadores relativos al tema de forma integral.

2. Nicaragua está en la fase de "plena transición demográfica", producto de un descenso sostenido de la fecundidad y de la mortalidad y de la importancia de la migración, que tiene su efecto en el cambio de la estructura de edad de la población. Lo anterior implica cambios en el perfil epidemiológico del país debido a que disminuye la población joven con riesgo de contraer enfermedades del grupo de las transmisibles y aumenta la población de los grupos de mayor edad que se caracteriza más bien por enfermedades del tipo crónico degenerativas.

3. Nicaragua, es un país de tránsito y emisor de población, el cual presenta una tasa negativa de migración. Una gran parte de la población que emigra, en su mayoría es joven y con una participación cada vez más numerosa de mujeres, sujeta a condiciones de alta vulnerabilidad.

4. Se estiman que alrededor de 800 mil nicaragüenses residen en el exterior, que envían remesas, las cuales significan un gran aporte al PIB de la nación (9.6%), favoreciendo a la balanza de pagos y cierto alivio de bienestar a las familias que quedan en las comunidades de origen.

5. Los países de destino que prefieren los nacionales siguen siendo Costa Rica y Estados Unidos, con la variante que el tercer país atractivo para los/as nicaragüenses, es España, según población encuestada de familias fragmentadas por el proceso de migración y retornados/as.

6. La irregularidad no pareciera fungir como un impedimento para encontrar trabajo, pero los costos son altos e implica el detrimento de la salud física y mental de los y las migrantes: maltrato, denegación de los servicios de salud, condiciones laborales precarias y algunas veces extenuantes.

7. Las afectaciones respiratorias son las que de manera relevante padecieron los migrantes retornados/as en el exterior. Asimismo, las familias fragmentadas presentan alta proporción de esta enfermedad.

8. La depresión afecta principalmente a las familias fragmentadas y también a los retornados/as cuando estaban residiendo en el extranjero. Las enfermedades nerviosas afectan más los migrantes tras el retorno, debido al proceso de inserción de una nueva vida o bien, cuando su retorno fue forzado y estuviesen preparándose para una segunda vuelta.

BORRADOR

9. Las familias fragmentadas y retornados /as tienen amplios conocimientos sobre el VIH/sida y la mitad de los retornados ya se han realizado la prueba de VIH.

10. El uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres de familias fragmentadas, apenas llega al 34%. En cuanto al tipo de métodos usados, el que presenta mayor porcentaje es la inyección.

11. Existe baja cobertura en la red de servicios sanitarios e insuficiencia de recursos humanos para la atención de calidad de la población alejada de los establecimientos de salud.

Recomendaciones

Las recomendaciones surgen del consenso grupos de trabajo participantes en el conversatorio celebrado el 13 de agosto de 2015, con el involucramiento de funcionarios de gobierno, de las organizaciones de la sociedad civil y agencias del Sistema de las Naciones Unidas (SNU) para la socialización del presente documento del Perfil del Migrante. Asimismo, para la identificación de líneas de acción y estrategias a nivel nacional para la salud de los migrantes.

Las acciones y estrategias identificadas son establecidas en torno a 4 pilares claves:

Pilar 1: Prioridades en materia de monitoreo de la salud de los migrantes

1. Crear un sistema de registro de migrantes para la atención en salud
2. Elaborar un instrumento de registro de migrantes irregulares
3. Cartografía de los puntos de entrada irregular

Pilar 2: Prioridades en materia de marcos normativos y legales que influyen en la salud de los migrantes

1. Que se tipifique a las familias de los y las migrantes como de mayor vulnerabilidad para que el sistema de bienestar social defina un protocolo de abordaje que prevenga las enfermedades psicosociales, de riesgo, nutricionales y de protección. Subsistema de salud para los y las migrantes
2. Incorporar las normativas legales la atención integral a la familia del migrante
3. Se debe promover acuerdos bilaterales entre los países

BORRADOR

Pilar 3: Prioridades en materia de sistemas de salud sensibles a los migrantes

1. Que el MINSA ofrezca idiomas diferentes cuando se presente el caso de atención al migrante
2. Orientar al personal de salud móviles que tiene el gobierno a atender trabajadores agrícolas (corta caña, recolectores de café, naranja, trabajadoras sexuales. Se debería retomar la buena práctica del programa que se sostuvo con Costa Rica con migrantes laborales, mediante acuerdos garantizarles beneficios
3. Mediante coordinación o acuerdos bilaterales mover contingentes de médicos a migrantes trabajadores que viajan al extranjero.
4. El servicio de bono alimenticio dentro de su programa incluya paquetes alimenticios mientras se recibe remesas de sus parientes a familiares de migrantes
5. Sensibilizar a funcionarios públicos para atención de migrantes
6. Incentivar servicios proactivos de salud dirigidos a migrantes retornados dé seguimiento y orientación para recibir servicios de salud, ejemplo: exámenes especiales de VIH

Pilar 4. Prioridades en materia de alianzas, redes y marcos plurinacionales

1. Establecer diálogos multisectoriales entre organismos de la sociedad civil y gobierno para lograr una mayor respuesta a las necesidades de los migrantes
2. Establecer información estratégica del país para la ruta critica del migrante. En este sentido, promover y divulgar el derecho a la salud integral de los migrantes (brochures, panfletos, audiovisuales, página web)
3. Aprovechar mecanismos de integración regional para poner en mesa el tema de salud integral de los y las migrantes. Se sugiere que el Ministerio de Salud lleve al COMISCA y SICA las estrategias de atención a la salud de los migrantes en las mesas de trabajo.
4. Plan de trabajo e iniciar el diálogo como Mesa

BORRADOR

BIBLIOGRAFIA

Andersen, Likke (2007). Análisis y proyección de población y pobreza para Nicaragua 2005-2025.

Achotegui, J. (2009). Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con strés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Universidad de Barcelona.

(2012). Emigrar hoy en condiciones extremas. El síndrome de Ulises. Aloma.

Bonnie, A. (2010). Trabajadoras domésticas nicaragüenses en Costa Rica: un tortuoso camino hacia el reconocimiento.

BID/BM. (2008). Migración nicaragüense: Un análisis con perspectiva de género.

Banco Central de Nicaragua

2015 *Informe de Remesas Familiares 2014,* División Económica, BCN, Managua. Disponible en: http://www.bcn.gob.ni/publicaciones/periodicidad/trimestral/remesas/2014/Remesas_4.pdf (consultado el 22 de junio 2015)

COMISCA (2014). Política Regional de Salud del SICA 2015-2022.

Cortés Castellanos, Patricia (2005). Mujeres migrantes de América Latina y el Caribe: derechos humanos. CEPAL

CENIDH (2014). Informe Derechos Humanos en Nicaragua 2013.

CEPAL. (2008). América Latina y el Caribe: Migración Internacional, Derechos Humanos y Desarrollo.

Crépeau, F. (2004). Explotación laboral de los migrantes.

Di Cesare, Mariachiara (2009). Interacción entre la transición demográfica y epidemiológica en Nicaragua: Implicaciones para las políticas públicas. Notas de Población No.89. CEPAL

Di Cesare, Mariachiara (2007). Interacción entre la transición demográfica y epidemiológica en Nicaragua. Implicaciones para las políticas públicas en salud. CEPAL

García, Alma (2009). Nicaragua. Medición e información de la emigración internacional a partir del Censo de Población de 2005.

Falicov, C. J. (2001/2). Migración, pérdida ambigua y rituales. Perspectivas sistémicas.

Flamtermesky, H. (2009). Inmigración y familia: Experiencias de fragmentación. Revista Migración.

IOM. (2005). World Migration 2005: Costs and Benefits of International Migration.

BORRADOR

(2013). International migration, health and human rights.

Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE)

2007 *Estimaciones y Proyecciones de Población Nacional, Departamental y Municipal. Revisión 2007,* INIDE, Managua.

(2008). Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud.

Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE) y Ministerio de Salud (MINSA)

2013 *Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud 2011/12. Informe Preliminar*. Disponible en: http://www.unfpa.org.ni/wp-content/uploads/2013/12/INFORME-PRELIMINAR-ENDESA-2011-12.pdf (consultado el 22 de junio 2015)

Martinez Pizarro, Jorge (2003). El Mapa Migratorio de América Latina y el Caribe, las mujeres y el género. CEPAL

Martínez Pizarro, J. et al.

2014 Tendencias y patrones de la migración latinoamericana y caribeña hacia 2010 y desafíos para una agenda regional, CEPAL, Santiago de Chile.

MINSA. (2008). Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

MINSA . (2012). Estudio de prevalencia y factores asociados a la coinfeccion del VIH/TB en Nicaragua -2008-2009

MINSA/OPS/UNICEF. (2013). Situación epidemiológica del VIH y TAR en Nicaragua

Ministerio de Salud (MINSA)

2014 *Informe de Gestión en Salud 2013,* MINSA, Managua, Disponible en: *http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Divisi%C3%B3n-General-Planificaci%C3%B3n-y-Desarrollo/Informe-de-Gesti%C3%B3n/Informe-de-Gesti%C3%B3n-Institucional-2013/* (consultado el 22 de junio 2015)

Morales, A. A.-C. (2009). Migración y salud en zonas fronterizas: Nicaragua y Costa Rica. Serie Población y desarrollo No.94.

Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

2006 Glosario sobre Migración, *Derecho Internacional sobre Migración N°7,* OIM, Ginebra.

2013 *Perfil migratorio de Nicaragua 2012*, OIM, Managua.

2014 *Estrategia Regional de la OIM para Centroamérica, Norteamérica y el Caribe 2014-2016*, OIM, San José.

BORRADOR

(s.f.). Migración y salud. Fundamentos de gestión de la migración.

OPS. (2008). Perfil de los sistemas de salud en Nicaragua 2008

Pérez Orozco, A. (2008). Cruzando Fronteras II, Migración Desarrollo desde una perspectiva de Género. UN-INSTRAW.

Taboada, C. M. (s.f.). Enfermedades psicosomáticas, síntomas. Buenos Aires.

Vargas, Juan Carlos (2005). Nicaragüenses en Costa Rica y Estados Unidos

BORRADOR

ANEXOS

TABLAS ESTADISTICAS

BORRADOR

Tabla 1. Países de destino de emigrantes nacionales, según familiares de hogares fragmentados

Países de destino	Porcentaje
Costa Rica	43.4
EEUU	23.9
España	19.5
Panamá	7.1
Alemania	.9
Guatemala	2.7
México	2.7
Total	100.0

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla 2. Migrantes nicaragüenses retornados/as

Países de residencia/procedencia	Departamento					Total
	Managua	Chinandega	Nueva Segovia	Rivas	Rio San Juan	
Costa Rica	50.0%	46.4%	16.7%	84.2%	94.7%	55.6%
Panamá	22.2%	7.1%	4.2%	5.3%		7.4%
EEUU	11.1%	7.1%	16.7%			7.4%
España	11.1%	3.6%	54.2%	10.5%		16.7%
El Salvador		17.9%				4.6%
Guatemala		14.3%	8.3%			5.6%
Honduras					5.3%	.9%
México	5.6%	3.6%				1.9%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla 2.1. Migrantes nicaragüenses retornados/as: Países de destino/procedencia, por sexo

País destino de migrante retornado		Sexo del informante		Total
		Hombre	Mujer	
	Costa Rica	63.4%	51.6%	56.2%
	Panamá	12.2%	4.7%	7.6%
	EEUU	7.3%	6.3%	6.7%
	España	4.9%	23.4%	16.2%
	El Salvador	4.9%	4.7%	4.8%
	Guatemala	2.4%	7.8%	5.7%
	Honduras		1.6%	1.0%
	México	4.9%		1.9%
Total		100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla 3. Emigrantes nicaragüenses según familias fragmentadas y retornados/as, por países de destino

PAISES DE DESTINO	EMIGRANTES SEGÚN DECLARACION DE FAMILIAS FRAGMENTADAS	PAIS DE PROCEDENCIA DE NICARAGUENSES RETORNADOS/AS
Costa Rica	43.4	55.6
EE UU	23.9	7.4
España	19.5	16.7
Panamá	7.1	7.4
Guatemala	2.7	5.6
México	2.7	1.9
El Salvador		4.6
Honduras		0.9
Alemania	0.9	

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla 4. Migrantes retornados/as: Razones de salida

Razones de salida	Porcentaje
Buscar empleo y mejorar situación económica	67.3
Otros motivo de viaje	14
Por problemas familiares	9.8
Por razones políticas	4.9
Para ampliación de estudios	3.9

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla 5. Relación de parentesco de familias fragmentadas con la persona emigrante

Relación de Parentesco de familias fragmentadas con emigrante	Porcentaje
Hermano	12.6
Hermana	8.0
Hijo	17.2
Hija	17.2
Padre	13.8
Madre	23.0
Sobrino	5.7
Sobrina	2.3
Total	100.0

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla 6. Migrantes retornados/as: Violencia sufrida

Violencia sufrida	Porcentaje válido
No	79.7
Sí	20.3

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla 7. Migrantes retornados/as: Tipo de violencia por sexo

Tipo de violencia	hombre	mujer
Físico	18.2%	
Verbal	81.8%	93.8%
Sexual		6.3%

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla 8. Sexo del informante familiar de migrante

Grupos de edad	Sexo del informante familiar de migrante		Total
	Hombre	Mujer	
15 a 19 años	10.3%	2.5%	4.5%
20 a 24 años	37.9%	19.8%	24.5%
25 a 29 años	20.7%	16.0%	17.3%
30 a 34 años	3.4%	6.2%	5.5%
35 a 39 años	13.8%	4.9%	7.3%
40 a 44 años		1.2%	.9%
45 a 49 años	3.4%	7.4%	6.4%
50 a 54 años	3.4%	11.1%	9.1%
55 a 59 años	3.4%	17.3%	13.6%
60 y +	3.4%	13.6%	10.9%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla. 8.1. Edad y sexo de migrantes retornados

Edad	**Hombre**	**Mujer**
	Porcentaje	Porcentaje
17 a 25 años	19	14
26-30	19	21.8
31-35	23.8	18.8
36-40	14.3	18.8
41-45	2.4	10.9
46-50	4.8	4.7
51-55	4.8	3.1
56-60	4.7	4.7
61 y +	7.2	3.2
Total	100	100

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

BORRADOR

Tabla 9. Estado Conyugal de Migrantes retornados/as

Estado Conyugal	Porcentaje
Soltero/a	42.2
Casado/a	28.4
Unión libre	23.9
Divorciado/a	4.6
Viudo/a	.9
Total	100.0

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla 9.1 Estado conyugal de familias fragmentadas y migrantes retornado/as

Estado conyugal	Migrantes Retornado /as	Informante familias fragmentadas
Soltero(a)	41.5	45.5
Casado (a)	28.3	32.1
Unión de hecho	24.5	15.2
Divorciado (a)	4.7	1.8
Viudo (a)	0.9	5.4

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla 10. Condición migratoria de nacionales por país de destino

	Irregular	Regular
Costa Rica	59.3%	51.2%
Panamá	5.1%	9.8%
EEUU	6.8%	9.8%
España	16.9%	19.5%
El Salvador	3.4%	2.4%
Guatemala	5.1%	4.9%
Honduras	1.7%	
México	1.7%	2.4%

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla 11. Situación de regularización en el país de destino

Respuesta	Porcentaje
No	59.4
Sí	40.6

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla 12. Remesas recibidas por familiar de migrantes

Rango de remesas recibidas	Porcentaje
No obtengo ningún ingreso	7.1
De 1 a 1000 córdobas	31.0
De 1,001 a 2,500 córdobas	19.0
De 2,501 a 5,000 córdobas	21.4
De 5,001 a 10,000 córdobas	10.7
De 10,001 a 15,000 córdobas	8.3
De 15,001 a 20,000 córdobas	1.2
De 20,001 córdobas a más	1.2
Total	100.0

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla 13. Utilización de las remesas

Utilización de remesas	Porcentaje
Mejora de la casa	27.1
Gastos médicos	47.9
Gastos en educación	14.6
Ahorro	10.4
Total	100.0
Otro	

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla 14. Familias fragmentadas: Ingreso mensual

Ingreso familiar	Porcentaje
No obtengo ningún ingreso	7.1
De 1 a 1000 córdobas	31.0
De 1,001 a 2,500 córdobas	19.0
De 2,501 a 5,000 córdobas	21.4
De 5,001 a 10,000 córdobas	10.7
De 10,001 a 15,000 córdobas	8.3
De 15,001 a 20,000 córdobas	1.2
De 20,001 córdobas a más	1.2
Total	100.0

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla 15. Familias fragmentadas: Actividad laboral

Ocupación	Porcentaje
Ama de casa	51.1
Estudiante	26.1
Venta de productos	15.9
Cultiva la tierra o cuida animales para vender	4.5
Realiza servicios a terceros	2.3

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla No. 16. Migrantes retornados/as. Ocupación en el extranjero

Categoría ocupacional	Porcentaje
Obrero	70.7
Comerciante	2.0
Profesionista	3.0
Cuenta propia	18.2
Otros	6.1
Total	100.0

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla 17. Migrantes retornados/as: Ocupación en Nicaragua tras el retorno

Categoría ocupacional	Porcentaje
Obrero	36.4
Comerciante	17.0
Profesionista	11.4
Cuenta propia	27.3
Otros	8.0
Total	100.0

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla: 18. Migrantes retornados/as: Distribución del ingreso, por tipo de gasto

Gasto	Porcentaje
Alimentación	35.2
Otros	28.6
Vivienda	26.4
Salud	9.9

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla 19. Familias fragmentadas: Estado anímico a la salida del familiar

Estado de animo	Porcentaje
Triste	57.1
Deprimido	22.9
Solo	14.3
Alegre	5.7

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla 20. Enfermedades padecidas por familias fragmentadas y migrantes retornados/as

Enfermedades	% Enfermedades informantes familias fragmentadas	% Enfermedades que padecieron los migrantes retornados en el extranjero	% Enfermedades padecidas tras el retorno del migrante
Corazón	8.4	7	5.4
Gastrointestinales	9.7	9.3	10.8
Musculares	10.7	16.3	24.3
Nerviosas	13.9	7	24.3
Depresión	15.4	14	8.1
Respiratorias	23.6	41.9	10.8
Víricas	0	4.7	16.2
Otras	18.8		

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla 21. Mujeres familias fragmentadas: Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos

Declaración	Porcentaje
Si	34.%
No	66%

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla 22. Familias fragmentadas: Porcentaje de uso de métodos de anticoncepción

Anticonceptivos	Porcentaje de uso de anticonceptivos
Condón	3.7
Pastillas	22.2
T de Cobre	11.1
Inyección	63.0
Total	100.0
No utilizan ninguno	
Otro	
Sistema	
Total	

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla 23. Uso de métodos anticonceptivos en el exterior por los migrantes retornados

Declaración	Porcentaje
Si	40.%
No	60%

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla 24. Lugares de obtención de métodos anticonceptivos

Lugares de obtención Métodos de anticoncepción	Porcentaje
En la farmacia	48.8
En centros de salud, clínicas, hospitales	16.2
En supermercados, puestos de comercio	13.3
Los llevaba desde Nicaragua	10.6
En otros lugares	8.3
Centros de asistencia social, ONG	2.9

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla 25. Familias fragmentadas: Conocimiento de VIH

Conocimiento	Porcentaje
No	3.6
Sí	96.4

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla 26. Retornados/as: Conocimiento de VIH

Conocimiento	Porcentaje
No	1.9
Sí	98.1

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla 27. Familias fragmentadas: Prueba de VIH

Prueba VIH	Porcentaje
No	56.2
Sí	43.8

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla 28. Retornados/as: Prueba de VIH

Prueba VIH	Porcentaje
No	53.5
Sí	46.5

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla 29. Familias fragmentadas: Tipos de servicios de salud utilizados

Servicios de salud	Porcentaje
Servicios de salud pública	59.8
Ambos	21.6
Servicios de salud privada	18.6

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

Tabla 30. Migrantes retornados: Atención médica tras al retorno

Establecimiento	Porcentaje
Pública	77.8
Privada	14.3
Particulares	7.9

Fuente: OIM. Encuesta de Migración y Salud, 2014. Departamentos seleccionados

BORRADOR