

### 3. SECTORES SOCIALES MAS AFECTADOS.

Así como el impacto de la población centroamericana refugiada o desplazada no operó en un vacío socioeconómico y cultural, sino que lo hizo dentro de la estructura social global y regional del país, donde introduce ciertos riesgos y retos que se enfrentan día a día, igualmente el Estado costarricense a encontrado paralelas condiciones de presión proyectadas hacia su estructura institucional, para hacerle frente en distintas modalidades y en plazos (y planos) muy diferentes, a la presencia de esa población dentro de los límites del territorio nacional. En gran parte, han sido las acciones tomadas por Estados fuera de las fronteras, las que han inducido directa o indirectamente la expulsión de vastos sectores de población hacia el norte y sur del área, principalmente hacia México, Estados Unidos y Costa Rica. El Estado costarricense, como máxima autoridad rectora de la sociedad civil, ha debido responder de alguna manera, con o sin cooperación internacional, a los desequilibrios provenientes de ese fenómeno inevitable.

Afortunadamente, el Estado costarricense ha tenido en las últimas décadas un patrón de muy fuerte

desarrollo institucional; es decir, de capacidad orgánica y de recursos para hacerle frente a los vaivenes del conflicto social y las presiones de grupos que siempre se gestan en el seno de la sociedad civil, sobre todo de una sociedad como la costarricense, en donde los mecanismos de expresión y manejo de esos fenómenos se hace, no por medio de la represión, sino del diálogo, la negociación y la concertación de acciones colectivas e históricas en las cuales se acepta la participación (y hasta la regulación) por parte de las autoridades. Claro está que, a partir del inicio de esta década, la recesión económica y denominada crisis fiscal y de pago de la deuda externa, ha determinado reajustes y limitaciones en los patrones, mecanismos y sobre todo alcances de la intervención estatal en la sociedad nacional; pero, aún así, no puede negarse que el Estado, por medio de las instituciones creadas para atender las presiones y tensiones sociales, mantiene una gran capacidad de manejo de los desequilibrios más inquietantes que se producen dentro y fuera de las fronteras, permitiendo la canalización de los recursos del fisco, a inversiones en materia de bienestar y seguridad social. Sobre todo lo importante ha sido la existencia de marcos legales, administrativos y en

algunos casos hasta financieros, para hacerle frente a emergencias, concretamente a los problemas de la irrupción de contingentes de población arrojada hacia Costa Rica por la guerra que se libra en otros países del área. Desde un principio, la participación del Estado fue central y decisiva, a fin de controlar y encauzar el proceso, manteniéndolo dentro de los márgenes aceptables de manejo institucional. A veces, se reconoce que lo hizo más detrás, que delante, de los acontecimientos; pero no impide que en un sentido preventivo también puedan accionar los mecanismos de la gestión pública, máxime si el problema de los refugiados y los desplazados, no solo no desaparece, sino que se incrementa, poniendo así en mayor tensión a la estabilidad social, económica y política del país.

En las siguientes páginas se pasa revista a muchos aspectos de la acción estatal, y en algunos casos combinada con la acción privada, orientada a atender diversos problemas de algún modo agudizados por la irrupción de los centroamericanos. Como se observará, la acción debe considerarse en forma desagregada según sectores institucionales o sociales, para una mejor comprensión y diagnóstico.

### 3.1. SECTOR VIVIENDA:

El problema de la vivienda no es exclusivo del refugiado sino una necesidad nacional de gran demanda, a la cual está respondiendo el Estado en asocio con el sector y múltiples grupos organizados por todo el país.

A principios del actual período presidencial, se estimaba que Costa Rica contaba con un stock total de viviendas de aproximadamente 510.000 unidades.

Este total se distribuía de la siguiente manera: 54% ubicados en Centros Urbanos y 46% en zonas rurales. Por otro lado la cantidad de viviendas urbanas era de 275.000 unidades que se encontraban fuertemente concentradas en el área metropolitana de San José (31%).

A nivel urbano, el 60% era inaceptable o necesitaba significativamente mejoras o reparaciones.

La situación de la vivienda era aún más grave, en tanto que las cifras anteriores no toman en cuenta la densidad y el hacinamiento que se da especialmente, a nivel urbano e indican conservadoramente que existen

aproximadamente 12.000 unidades en las cuales se observa el fenómeno de hacinamiento.

De lo anterior se desprende que el déficit de vivienda en los inicios del actual período presidencial, era de 124.000 unidades equivalentes al 24.4% del total nacional de vivienda; esta cifra representa el número de unidades nuevas que se requería construir.

La insuficiencia de vivienda, definida como el número de unidades inaceptables por criterios de ubicación, servicio y materiales, sumado a las unidades en que existe hacinamiento y requieren de superación, alcanzaba la cifra de 280.000 viviendas equivalente al 55% del total de estas.

El panorama de la vivienda se complica aún más, si se tiene en cuenta los factores demográficos y socioculturales que se traducen en la formación anual de aproximadamente 17.000 nuevos hogares, los cuales de no contar con nuevas viviendas en condiciones económicamente accesibles, contribuirán obligatoriamente a incrementar la densidad y el hacinamiento.

Por lo descrito anteriormente, el tratar de eliminar el déficit de vivienda, mejorar la vivienda deteriorada, eliminar el hacinamiento y hacerle frente a la demanda anual de viviendas por constitución de nuevos hogares, requiere como mínimo la construcción de 33.270 unidades habitacionales, por año durante 20 años. Sin embargo, la producción anual promedio de nuevas unidades en la primera mitad de la década de los 80 fue de 16.000 unidades y en el mismo período se realizaron anualmente mejoras en solo 2.000 unidades.

A esto se debe agregar la presión de los refugiados y desplazados externos. La falta de perspectivas reales para el retorno a su país de origen, obliga a observar la problemática de la vivienda ya no como un refugio temporal, sino permanente y como parte de la problemática nacional.

### **3.1.1. Factores importantes en la conformación y evolución de la situación actual de la vivienda.**

El primer factor a destacar, es el proceso más o menos acelerado de cambios en la distribución de la

población urbana y rural en Costa Rica, proceso que ha planteado nuevas necesidades geográficamente hablando, presionando el stock de viviendas existente en las zonas de inmigración y por otra parte, generando tendencias al deterioro por falta de mantenimiento de las viviendas en las zonas de inmigración y de emigración.

Entre 1968 y 1973, se muestra una migración rural-rural de 23.3% que se puede atribuir principalmente a los cultivos estacionarios tales como: la caña de azúcar, el banano y el arroz.

La migración rural-urbana fue de un 25.4%, mientras que el proceso inverso mostró una migración 10.5%, entre la migración urbana-rural y la urbana-urbana total de 51.3%.

Para 1984, Costa Rica alcanzó una población de 2.417.000 habitantes, estando la relación urbana y rural a un 50%-50% del total, la capital albergaba un 36.8% y las cuatro provincias que componen la Gran Area Metropolitana, un 73.9%.

La ventaja de contar con servicios sociales, de

infraestructura, de producción, mayor capacidad de fuentes de trabajo, atrajo cada vez más a mayor cantidad de personas, llevando a los niveles poblacionales actuales. Y de acuerdo a las características socio-económicas de los sectores determinados por los niveles de ingreso familiar se crearon los fenómenos habitacionales recientes.

El segundo factor importante en la conformación de la actual situación de vivienda, es el crecimiento de la población, el cual generó empobrecimiento económico, saturación del mercado de trabajo, presión sobre los servicios básicos, deterioro del stock existente de vivienda y ampliación del déficit.

De acuerdo al último censo, se estima que la población total de Costa Rica para 1985 fue de 2.5 millones y la tasa anual de crecimiento durante el período 86-90 será de 2.47% y la necesidad de vivienda para este mismo período de 177.960 (Cuadro 14).

Según los mismos cálculos, para el año 2.000 la población será de 4 millones.

El tercer factor relevante es la crisis económica que se desarrolla, o se hace evidente a partir de 1980. Esta crisis ha generado estancamiento, caída de la producción y del ingreso, desempleo, inflación, contracción del poder adquisitivo, retroceso en la oferta de vivienda y en general, agudización del problema de la vivienda urbana.

Es en este periodo y como resultado de la crisis que surgen, de una manera significativa, grupos de población para quienes todos los mecanismos políticos existentes en el campo de vivienda son insuficientes. Se estima que aproximadamente 35.000 familias habitan en precarios, con mínimas condiciones de servicios generales como agua, luz, etc., lo cual genera grandes tensiones sociales.

Debido a que estos asentamientos están ubicados en áreas con índices bajos de desarrollo social como: Alajuelita, San Miguel, Rincón Grande de Poás, Calle Fallas, Desamparados, etc, los problemas con que cuentan estas comunidades de infraestructura en salud, educación, servicios, transporte, etc., se agudizan cada vez más.

De las 35.000 familias que habitan en estos asentamientos, se encuentran un total de 230 familias extranjeras (refugiados y desplazados externos), que se acercan a los organismos encargados de solucionar el problema de la vivienda, en demanda de ayuda para construcción y servicios (Cuadro 15).

Estas familias refugiadas o desplazadas, recurren a instalarse en estos lugares por diferentes circunstancias, que es conveniente apuntar como por ejemplo, el bajo ingreso que reciben por su trabajo, lo que no les permite arrendar viviendas individualmente, lo que los obliga a alquilarla en forma compartida con otras familias; dando como resultado el hacinamiento, viéndose forzados a vivir en cuartos con las mínimas condiciones; por lo cual buscan precarios o anillos marginales como una salida al problema.

También se ubican en dichos asentamientos los extranjeros que no tienen la oportunidad de conseguir empleo, ya sea por no tener los documentos en regla o porque no tienen la posibilidad de colocarse en un empleo.

Aunque no se tienen datos de la evolución de la demanda por parte del grupo de refugiados y desplazados, es posible predecir que seguirá en aumento, asociada con el mayor número de familias que ingresen al país o se formen en los próximos años, a partir de las que ahora existen y no deseen regresar a los países de origen.

CUADRO No. 14

NECESIDAD DE VIVIENDA 1986-1990

	86	87	88	89	90
FORMACION DE HOGARES	16810	17370	17950	18500	19170
%	60	66	65	64	64
NUEVAS CONSTRUCCIONES	25370	26490	27660	28880	30160
MEJORAMIENTOS	7880	7880	7880	7880	7880
TOTAL	33250	34370	35540	36760	38040

Volumen total de obra en cuatro años = 139920

Nuevas viviendas = 108400

Mejoras = 315200

FUENTE: Diagnóstico y Pronóstico de Vivienda/FADCO/AID

CUADRO No. 15

NUMERO DE FAMILIAS QUE  
SOLICITAN ATENCION EN  
MATERIA DE VIVIENDA

NUM.	UBICACION	No. FAMIL.
1	Aserri	10
3	Desamparados	25
1	Alajuelita	4
1	Tres Ríos	3
1	Heredia	2
1	Alajuela	1
2	Goiocoechea	7
2	San José	119
1	Liberia	27
1	Fococí	1
4	Siquirres	11
1	Matina	1
5	Talamanca	16
1	Barra Urpiana	1
1	Switch	1
1	Catarina	1
26	TOTAL	230

FUENTE: Ministerio de Vivienda

### 3.2. SECTOR SALUD.

Esta población refugiada y desplazada, en un alto porcentaje ingresó al país con un importante deterioro nutricional y de salud en general. Esta condición junto con el estrés propio del choque cultural y ambiental, determina un grupo poblacional de alto riesgo en los aspectos de salud.

La población desplazada externa es la que más dificultades tiene en el acceso a los servicios médicos del país, especialmente a las especialidades médicas y a hospitalización.

El Ministerio de Salud brinda sus servicios gratuitos a esta población en lo concerniente al nivel básico de atención (Centro de Nutrición, Puesto de Salud, Centro de Salud). No obstante, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), exige al extranjero que solicita los servicios estar amparado a algún convenio internacional o, en su defecto, que pague los servicios según las tarifas establecidas.

Otros factores como son: precio del transporte público, desconocimiento de los servicios de salud

disponibles y temores propios de su condición, establecen limitaciones reales para la atención de las necesidades que en salud tienen los desplazados externos.

### 3.2.1. Población refugiada en campamentos.

#### 3.2.1.1. Servicios médicos.

En los cinco campamentos del país, el Ministerio de Salud dispone de un equipo básico conformado por: médico, auxiliar de enfermería, técnico en nutrición y técnico en saneamiento ambiental. Este equipo atiende los problemas de salud de la población refugiada en lo que a consulta de medicina general se refiere (consulta externa). Para la atención por especialistas u hospitalización, los pacientes son referidos a las clínicas y hospitales de la CCSS.

Durante el año 1988 fueron brindadas un total de 30.567 consultas, para un promedio de 2.547 consultas por mes y 4.2 consultas/persona/año (Para una población promedio en el año de 7.222 refugiados en campamentos).

De estas consultas su distribución por tipo de consulta se aprecia en el cuadro 16

CUADRO Nº 16

CONSULTA MEDICA EN LOS CAMPAMENTOS  
DE REFUGIADOS DE COSTA RICA, 1988

TIPO DE CONSULTA	No	%
Consulta General Adultos	12.455	40.7
Consulta Menores 14 años	10.746	35.2
Crecimiento y Desarrollo a niños menores de 6 años	2.729	8.9
Otros tipos de consulta	1.902	6.2
Consulta Prenatal	1.742	5.7
Consulta Planificación Familiar	993	3.3
<b>TOTALES</b>	<b>30.567</b>	<b>100.0%</b>

Como se puede observar, la consulta general de adultos y niños es la que más labor médica demanda con un total de 23.201 consultas, el 75.9% del total.

### 3.2.1.2. Situación de Salud.

MORBILIDAD: la infección respiratoria aguda (I.R.A.) y la enfermedad diarreica aguda constituyen las dos causas principales de consulta médica en los campamentos en lo que corresponde a enfermedades de reporte obligatorio. Entre estas dos patologías se encuentra el 75.7% de las enfermedades reportadas durante el año de 1988 (Cuadro 17).

CUADRO Nº 17

MORBILIDAD REGISTRADA  
EN LOS CAMPAMENTOS DE REFUGIADOS DE COSTA RICA,  
SEGUN CAUSA DE LA CONSULTA. AÑO 1988

CAUSA DE LA CONSULTA	F	%
Infección Respiratoria Aguda	3766	52.16
Enfermedad Diarreica Aguda	1700	23.55
Anemia	539	7.47
Parasitosis Intestinal	214	2.96
Escabiosis	210	2.91
Hipertensión Arterial	155	2.15
Parotiditis Epidémica	138	1.91
Sífilis	115	1.59
Leishmaniasis	85	1.18
Varicela	74	1.02
Otras enfermedades	224	3.10
TOTAL	7220	100.0%

FUENTE: Informe Mensual Convenio MS-ACNUR.  
Año 1988.

Al analizar cada enfermedad en particular, utilizando la tasa de incidencia de casos por trimestre; se puede observar que la tasa de infección respiratoria aguda (Ver Gráfico 4), durante el cuarto trimestre de 1987 se redujo significativamente; para el primer y segundo trimestre de 1988 se mantuvo estable y durante el tercer y cuarto trimestre aumentó significativamente.

El comportamiento epidemiológico de esta enfermedad en campamentos parece relacionarse con:

- Un comportamiento estacional. Entre la población nacional la IRA aumenta significativamente en la estación lluviosa, especialmente en el cuarto trimestre del año. No obstante, para poder comprobar esta relación estacional se requiere mayor información estadística.
- Durante el tercer trimestre del año 1988 se dió un aumento significativo en el ingreso de refugiados a campamentos (Ver Gráfico 5). En ese mismo trimestre aumentaron los traslados de campamento a campamento (Ver Gráfico 6), resultado del aumento de los ingresos. Este doble movimiento poblacional

(ingresos y traslados), facilita la transmisión persona a persona de estas enfermedades y el surgimiento de brotes epidémicos, especialmente en condiciones de hacinamiento.

Al igual que la tasa de infección respiratoria aguda, la tasa de enfermedad diarreica aguda presenta una reducción significativa durante el cuarto trimestre de 1987 (Grafico 7); durante los tres primeros trimestres del año 1988 la tasa se mantuvo más o menos estable y vuelve a aumentar en el cuarto trimestre. Al igual que en el caso de las IRA, este comportamiento epidemiológico parece corresponder a:

#### Comportamiento estacional.

En el caso de Costa Rica, en la estación lluviosa se da un aumento significativo de esta enfermedad, especialmente en los meses más lluviosos del año: setiembre, octubre y noviembre. De la misma forma, que la IRA, para comprobar epidemiológicamente este comportamiento se requiere de mayor información estadística (por lo menos 3 años).

#### Ingreso de Refugiados:

La enfermedad diarreica aguda, es un síndrome de etiología diversa, pero en un porcentaje alto de origen viral. Altamente contagiosas las diarreas agudas por virus, ven favorecida su acción por el hacinamiento. El movimiento de población en los campamentos, originado en el ingreso de nuevos refugiados y el traslado de campamento, favorece la transmisión de esta enfermedad produciendo brotes epidémicos.

Otras enfermedades que se presentan frecuentemente, son la anemia y la parasitosis intestinal. No obstante, en relación al año de 1987 se ha dado una reducción significativa de casos de estas dos enfermedades (Ver Cuadro 18).

En el caso de la anemia, la parasitosis intestinal y la escabiosis, se puede observar (Gráficos 8, 9, 10) una clara disminución del tercer trimestre 1987 al cuarto trimestre 1988.

Estas tres enfermedades han respondido al

tratamiento médico oportuno y al control médico periódico. Así mismo, su disminución expresa la mejoría de las condiciones de saneamiento básico y nutrición de esta población.

En el Cuadro 18 se observa el porcentaje de reducción de estas tres enfermedades comparando el tercer trimestre 1987 y el cuarto trimestre 1988.

Se infiere del Cuadro anterior que la reducción en la incidencia de estas tres enfermedades ha sido sustancial. Es importante hacer notar que el comportamiento de ellas no es estacional y su frecuencia está más relacionada con las condiciones de vida de la población y los servicios de salud disponibles.

CUADRO Nº 18

PORCENTAJE DE REDUCCION DE LAS TASAS DE INCIDENCIA DE  
ANEMIA PARASITOSIS INTESTINAL Y ESCABIOSIS.  
III TRIMESTRE 1987 Y IV TRIMESTRE 1988

ENFERMEDAD	TASA POR MIL III TRIMESTRE 1987	TASA POR MIL IV TRIMESTRE 1988	% DE REDUCCION
Anemia	53.8	9.1	83.1
Parasitosis Intestinal	33.0	2.1	93.6
Escabiosis	9.8	4.0	59.2

**Mortalidad**

Durante el año 1988 hubo un total de 12 muertes de refugiados en campamentos. De esas, 5 corresponden a niños menores de 1 año. Las causas de estas muertes se indican en el cuadro siguiente:

CUADRO Nº 19

TOTAL DE DEFUNCIONES DE MENORES DE 1 AÑO  
CAUSA DE MUERTE EN LOS CAMPAMENTOS  
AÑO 1988

CAUSA DE LA MUERTE	Nº DE CASOS
Enfermedad Diarreica	2
Bronconeumonía	1
Inmadurez Fetal	1
Ictericia Perinatal	1
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>

Durante este año hubo 324 niños nacidos vivos, por lo cual la tasa de mortalidad infantil (TMI) fue de 15.4/mil. De esta manera la TMI en campamentos es similar a la TMI del país (TMI de Costa Rica en 1987 = 17.4/mil).

Es importante recordar que en 1986 la TMI en campamentos fue 57.07/mil, por lo que en dos años se ha logrado una reducción de la TMI en 73%. En el Gráfico 11 se puede observar el comportamiento de la TMI en 1986, 1987 y 1988.

La tasa de mortalidad general en campamentos para el año 1988 fue de 1.7/mil. El último dato disponible para Costa Rica fue el de 1987, en cuyo año la tasa de mortalidad general del país fue de 3.8/mil, por tanto, la TM General en campamentos fue de 2.2 veces menor que la última disponible del país (1987).

La evolución observada en la mortalidad, especialmente la infantil, es expresión de las mejores condiciones de vida de la población y de la disponibilidad de un servicio médico capaz de detectar el problema de salud y manejarlo adecuadamente para evitar que evolucione hacia la muerte del paciente.

### 3.2.1.3. Programa de inmunización.

La inmunización contra la polio, difteria, tétanos, sarampión, rubeola, parotiditis y meningitis meningocócica serogrupo A y C, ha sido una actividad prioritaria del Programa de Salud para Refugiados.

Para el desarrollo del programa, el Ministerio de Salud dona la totalidad de las vacunas utilizadas y colabora con la supervisión de la cadena de frío.

Durante 1988 se logró establecer una cadena de frío en todos los campamentos. De esta manera, se ha asegurado como una actividad permanente del servicio de salud.

En el año 1988 se aplicaron un total de 17.603 vacunas, la distribución es la siguiente:

CUADRO Nº 20

VACUNAS APLICADAS EN LOS CAMPAMENTOS  
1988

TIPO DE VACUNA	TOTAL	PORCENTAJE
Antimeningocócica, serogrupo A y C	6239	35.44
DT	3683	20.92
Antipolio	2795	15.88
DPT	2581	14.66
Sarampión Rubeola Parotiditis	1798	10.22
Toxoide tetánico	375	2.13
Antisarampionosa	109	0.62
BCG	23	0.13
TOTAL	17603	100.0

En 1988 se hizo una revacunación contra la meningitis, con el fin de ajustar el esquema, dado que el Ministerio de Salud está recomendando aplicar dos dosis de ésta en vez de una, que es la indicación del fabricante.

En general, los resultados del programa de inmunización han sido muy exitosos. Con excepción de parotiditis infecciosa (paperas), las otras enfermedades no se han presentado. Esta enfermedad ha mantenido desde el segundo trimestre del año una tasa de incidencia de casos alrededor de 6 por mil (Ver Gráfico 12) lo que

indica que se encuentra en condición de endemidad dentro de la población.

El control limitado de esta enfermedad obedece a varias causas:

- La introducción de la vacuna es reciente.
- Por su alto costo unicamente se aplica a niños de 1 año. (Se aplica junto con la vacuna de sarampión y rubeola).
- Un porcentaje alto de los niños mayores de un año y adultos son susceptibles a esta enfermedad por no haber sido vacunados previamente.

No obstante lo anterior, dado que el comportamiento de esta enfermedad viral en la mayoría de los casos es benigna, no se han tenido problemas con su endemidad. Debe aclararse que la parotiditis también es endémica entre la población costarricense.

### 3.2.1.4. Situación Nutricional.

El estado nutricional de los niños menores de 6 años en campamentos es muy bueno.

Los últimos datos disponibles (diciembre 1988) revelan la siguiente situación:

CUADRO Nº 21

DISTRIBUCION EN CAMPAMENTOS DE NIÑOS  
MENORES DE 6 AÑOS SEGUN ESTADO NUTRICIONAL  
(INDICADOR, PESO/TALLA\*)  
DICIEMBRE 1988

ESTADO NUTRICIONAL	NUMERO	PORCENTAJE
Sobrepeso	18	1.6
Normal	927	84.1
D.Leve	138	12.5
D.Moderado	18	1.6
D.Severa	2	0.2
TOTAL	1103	100.0

\* Patrón de referencia NCHS.

De acuerdo a estos datos un 85.7% de los niños tienen peso normal o sobrepeso y unicamente un 14.3% sufren algún grado de desnutrición. Es necesario hacer

notar que los dos casos de desnutrición severa corresponden al Campamento de Alvaperal, donde continuamente están ingresando refugiados en muy mal estado nutricional, dada su condición de campamento de recepción.

Al hacer un análisis retrospectivo sobre la evolución nutricional de los niños en campamentos, los cambios observados han sido muy significativos.

Comparando el I trimestre de 1987 con el mes de diciembre de 1988 (Un periodo de dos años), la desnutrición severa se redujo en un 83.9%, la moderada en un 68.82% y la leve en un 8.6% (Cuadro 22).

#### CUADRO Nº 22

DISTRIBUCION EN CAMPAMENTOS DE NIÑOS MENORES  
DE 6 AÑOS SEGUN ESTADO NUTRICIONAL  
(INDICADOR PESO/TALLA)  
I TRIMESTRE 1987 - DICIEMBRE 1988

ESTADO NUTRICIONAL	I TRIMESTRE 1987		DICIEMBRE 1988		CAMBIO PORCENTUAL (2)
	FREC	%	FREC	%	
Normal (1)	1149	79.85	915	85.73	7.36
D.Leve	195	13.55	132	12.39	(8.56)
D.Moderada	78	5.42	18	1.69	(68.82)
D.Severa	17	1.18	2	0.19	(83.90)
TOTAL	1439	100.0	1065	100.0	

(1) Incluye el grupo de niños con sobrepeso.

(2) Los valores entre paréntesis indican disminución.

### Campamento de Tilarán.

La situación nutricional de este campamento es muy buena. En el cuadro adjunto 23, se nota el estado nutricional de los menores de 6 años en diciembre de 1988.

CUADRO Nº 23

DISTRIBUCION NIÑOS MENORES DE  
6 AÑOS SEGUN ESTADO NUTRICIONAL  
(INDICADOR, PESO/TALLA (1))  
CAMPAMENTO DE TILARAN - DICIEMBRE 1988

ESTADO NUTRICIONAL	NUMERO	PORCENTAJE
Sobrepeso	8	2.3
Normal	302	86.0
D.Leve	37	10.6
D.Moderado	4	1.1
D.Severa	0	0.0
TOTAL	351	100.0

(1) Patrón de referencia NCHS.

Puede observarse que el 88.3% de los niños tienen peso normal o sobrepeso y unicamente el 11.7% de los niños sufren desnutrición leve o moderada.

Comparando estos datos con agosto de 1986 (39.1% de los niños sufrían D.Leve, el 8.1% D.Moderada, y un 0.9% D.Severa) se deduce que la desnutrición leve se redujo en 73%, la desnutrición moderada en 86% y la desnutrición severa fue eliminada.

### Campamento de Alvaperal.

Este campamento es el que presenta mayor problema nutricional en los niños, resultado de su condición de campamento de recepción. El equipo de salud debe realizar continuos esfuerzos para superar el deterioro nutricional y de salud que presentan los refugiados a su ingreso al país. La población más afectada es, lógicamente, la más vulnerable: los niños y las mujeres embarazadas. En el cuadro siguiente 24, se muestran los datos correspondientes a diciembre de 1988.

CUADRO Nº 24

DISTRIBUCION NIÑOS MENORES DE  
6 AÑOS SEGUN ESTADO NUTRICIONAL  
(INDICADOR, PESO/TALLA (1)  
CAMPAMENTO DE ALVAPERAL - DICIEMBRE 1988

ESTADO NUTRICIONAL	NUMERO	PORCENTAJE
Sobrepeso	2	1.4
Normal	112	77.8
D.Leve	22	15.3
D.Moderado	6	4.1
D.Severa	2	1.4
TOTAL	144	100.0

(1) Patrón de referencia NCHS.

No obstante que este es el campamento con mayores problemas nutricionales, un 79.2% de todos los niños menores de 6 años tienen peso normal o sobrepeso, porcentaje bastante bueno.

Al comparar los datos de febrero de 1987 con los de diciembre de 1988, se observa una clara mejoría en el estado nutricional de los niños (Cuadro 25).

CUADRO Nº 25

DISTRIBUCION NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS  
SEGUN ESTADO NUTRICIONAL  
(INDICADOR PESO/TALLA\*)  
CAMPAMENTO DE ALVAFERAL FEBRERO 1987 - DICIEMBRE 1988

ESTADO NUTRICIONAL	FEBRERO 1987		DICIEMBRE 1988		CAMBIO PORCENTUAL (**)
	No.	%	No.	%	
Sobrepeso	5	2.9	2	1.4	(51.7)
Normal	66	38.6	112	77.8	(101.6)
D.Leve	70	40.9	22	15.3	(62.6)
D.Moderada	21	12.3	6	4.1	(66.7)
D.Severa	9	5.3	2	1.4	(73.6)
TOTAL	171	100.0	144	100.0	

(\*) Patrón de referencia NCHS.

(\*\*) Los valores entre paréntesis indican disminución.

De acuerdo con estos datos el estado nutricional normal aumentó en un 101.6%, la desnutrición leve disminuyó en un 62.6%, la moderada lo hizo en un 66.7% y la severa en 73.6%.

Los datos del estado nutricional demuestran que ha mejorado notablemente el manejo de la desnutrición tanto desde el punto de vista alimentario, como de elementos coadyuvantes (infección).

#### **Campamento El Achiote.**

El estado nutricional de los niños menores de 6 años en este campamento es muy bueno.

El 87.4% de los niños tienen peso normal o sobrepeso y únicamente el 12.6% sufren de algún grado de desnutrición. No hay desnutrición severa.

El detalle es el siguiente (Cuadro 26):

CUADRO Nº 26

DISTRIBUCION NIÑOS MENORES DE  
6 AÑOS SEGUN ESTADO NUTRICIONAL  
(INDICADOR, PESO/TALLA (1))  
CAMPAMENTO EL ACHIOTE - DICIEMBRE 1988

ESTADO NUTRICIONAL	NUMERO	PORCENTAJE
Sobrepeso	3	0.8
Normal	310	86.6
D.Leve	38	10.6
D.Moderado	7	2.0
D.Severa	0	0.0
TOTAL	358	100.0

(1) Patrón de referencia NCHS.

**Campamento Limón.**

El 78.2% de los niños menores de 6 años califican con estado nutricional normal o sobrepeso y un 21.8% con desnutrición leve. No se reporta desnutrición moderada ni severa (Cuadro 27).

CUADRO Nº 27

DISTRIBUCION NIÑOS MENORES DE  
6 AÑOS SEGUN ESTADO NUTRICIONAL  
(INDICADOR, PESO/TALLA (1))  
CAMPAMENTO DE PUEBLO NUEVO - DICIEMBRE 1988

ESTADO NUTRICIONAL	NUMERO	PORCENTAJE
Sobrepeso	2	1.3
Normal	113	76.9
D.Leve	32	21.8
D.Moderado	0	0.0
D.Severa	0	0.0
TOTAL	147	100.0

(1) Patrón de referencia NCHS.

Al comparar los porcentajes del estado nutricional de ambos años se comprueba que ha habido una mejoría importante. Si bien el sobrepeso ha disminuido en un 90.2%, los niños con peso/talla normal aumentaron en un 57.9%, la desnutrición leve disminuyó en un 19.9% y no hay desnutrición moderada ni severa para diciembre de 1988 (Cuadro 28).

CUADRO Nº 28

DISTRIBUCION NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS  
SEGUN ESTADO NUTRICIONAL  
(INDICADOR PESO/TALLA\*)  
CAMPAMENTO DE PUEBLO NUEVO FEBRERO 1987 - DICIEMBRE 1988

ESTADO NUTRICIONAL	FEBRERO 1987		DICIEMBRE 1988		CAMBIO PORCENTUAL(**)
	No.	%	No.	%	
Sobrepeso	21	13.3	2	1.3	(90.2)
Normal	77	48.7	113	76.9	57.9
D.Leve	43	27.2	32	21.8	(19.9)
D.Moderada	15	9.5	0	0.0	(100.0)
D.Severa	2	1.3	0	0.0	(100.0)
TOTAL	158	100.0	147	100.0	

(\*) Patrón de referencia NCHS.

(\*\*) Los valores entre paréntesis indican disminución.

**Proyecto Productivo Playa Blanca.**

El estado nutricional de los niños a diciembre de 1988 es muy bueno: el 84.2% de los niños son normales o con sobrepeso y únicamente un 15.8% sufren desnutrición leve. No hay desnutrición moderada ni severa (Ver Cuadro Nº 29).

CUADRO Nº 29

DISTRIBUCION NIÑOS MENORES DE  
6 AÑOS SEGUN ESTADO NUTRICIONAL  
(INDICADOR, PESO/TALLA (1))  
PROYECTO PLAYA BLANCA - DICIEMBRE 1988

ESTADO NUTRICIONAL	NUMERO	PORCENTAJE
Sobrepeso	2	5.3
Normal	30	78.9
D. Leve	6	15.8
D. Moderado	0	0.0
D. Severa	0	0.0
TOTAL	38	100.0

(1) Patrón de referencia NCHS.

### **3.2.1.5. Alimentación suplementaria.**

En el año 1988 se logró consolidar el servicio de alimentación suplementaria a través del Centro de Nutrición (CEN) en los campamentos de Tilarán, Alvaperal, Boca de Arenal y Achiote. La ausencia de personal técnico especializado y la falta de espacio no ha permitido el establecimiento del Centro de Nutrición en Limón. En Playa Blanca (Proyecto Productivo) se ha decidido no establecer un CEN dada su pequeña población y el excelente estado nutricional de los niños. No obstante, en estos dos, cuando el caso lo amerita según criterio médico, se da apoyo con alimentación suplementaria directamente a la familia del niño desnutrido.

### **3.2.1.6. Saneamiento Ambiental.**

Infraestructura habitacional: un factor de riesgo a que se ve sometida la población de los campamentos es el hacinamiento. Las personas hacinadas sufren con mayor frecuencia de enfermedades contagiosas: infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica, tuberculosis, hepatitis, etc.

En los últimos dos años se han hecho esfuerzos significativos para aumentar el espacio disponible que la población dedica a vivienda. En el Cuadro Nº 30 se especifica estos cambios comparando abril de 1987 con diciembre de 1988.

Como se puede observar Tilarán aumentó el espacio disponible por persona ( $M^2$ /persona) en un 122.7% y Achiote aumentó este espacio en un 47.5%. En Limón no hubo cambios importantes manteniéndose un nivel aceptable de espacio/persona ( $3.2 M^2$ ).

Un caso que amerita análisis es Alvaperal; este campamento en el período estudiado aumentó el total de metros cuadrados disponibles en un 151.2%, al pasar de  $1778 m^2$  en abril 1987 a  $4467 m^2$  en diciembre 1988, no obstante su población aumentó en ese mismo período en un 208.4% y por ello el hacinamiento se agravó aún más, pasando en un disponible de  $2.2 m^2$  por persona en abril de 1987 a  $1.8 m^2$  por persona en diciembre 1988. (Cambio porcentual negativo en un 18.2%).

CUADRO No. 30  
POBLACION, AREA DISPONIBLE PARA VIVIENDA Y  
AREA POR PERSONA POR COMPLEMENTO

CAMPAMENTOS	POBLACION		CAMBIO		M <sup>2</sup> DISPONIBLES		CAMBIO		M <sup>2</sup> /PERSONA		CAMBIO PORCENT.
	ABRIL 87	DIC 88	FORCENT.	% (1)	ABRIL 87	DIC. 88	FORCENT.	% (1)	ABRIL 87	DIC.88	
LIMON	783	753	(3.8)	(1.8)	2445	2400	(1.8)	(1.8)	3.1	3.2	3.2
TILARAN	2459	2656	8.0	142.3	5318	12888	142.3	142.3	2.2	4.9	122.7
ACHIOTE	2066	1685	(18.4)	19.0	8302	9882	19.0	19.0	4.0	5.9	47.5
ALVAFERAL	814	2510	208.4	151.2	1778	4467	151.2	151.2	2.2	1.8	(18.2)
BOCA ARENAL	389	310	(20.3)	(33.9)	999	660	(33.9)	(33.9)	2.6	2.1	(19.2)
TOTAL	6511	7914	21.5	60.8	18842	30297	60.8	60.8	2.9	3.8	31.0

(1) Los valores entre paréntesis indican disminución  
FUENTE: Sistema de Información, Convenio MS-ACNUR

Dado que el flujo de refugiados persiste con una alta frecuencia y no existe una solución a corto plazo para el Campamento de Alvaperal, es claro que se está ante una situación crítica desde el punto de vista sanitario en este campamento.

Boca de Arenal es otro campamento donde el hacinamiento se ha agravado, pasando de 2.6 m<sup>2</sup>/personas, en abril 1987 a 2.1 m<sup>2</sup>/personas en diciembre de 1988. En este campamento se dio una disminución de la población en el periodo analizado de un 20.3%, pero el espacio disponible disminuyó aún más, un 33.9%.

#### **3.2.1.7. Saneamiento básico.**

El Saneamiento Básico de los campamentos ha sido una actividad prioritaria del servicio salud. Para este fin se trabaja con la estrecha colaboración de las agencias y los refugiados que voluntariamente dedican su tiempo para esta actividad.

En el Cuadro 11, se observa un detalle de actividades durante el año 1988.