

El sistema de salud como imán. La incidencia de la población nicaragüense en los servicios de salud costarricenses

KOEN VOOREND

INTRODUCCIÓN

En el imaginario social de por lo menos tres cuartas partes de la población costarricense existe la idea de que los inmigrantes nicaragüenses constituyen un riesgo para la seguridad social del país (González y Varela, 2003), aunque algunos estudios han cuestionado esta idea (Bonilla-Carrión, 2008; DGME, 2011; Voorend, 2013). Asimismo, existe la percepción de que las personas inmigrantes de Nicaragua son más propensas a hacer uso de los servicios sociales públicos costarricenses, debido a que tienen menores niveles educativos y por su condición migratoria “irregular” (Bonilla-Carrión, 2008: 146) saturan los servicios sociales, especialmente los de salud pública (Bonilla-Carrión, 2008; Dobles *et al.*, 2013).

Estas percepciones se convierten en argumentos importantes contra la población inmigrante nicaragüense, que en el 2011 representaba 287 766 personas o 6,7 % de la población total en Costa Rica (INEC, 2011). Efectivamente, Voorend (2013) afirma que los mismos argumentos podrían explicar, en parte, la reacción de la política pública costarricense ante la crisis del 2011 de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), institución de salud pública emblemática de la política social universal y solidaria costarricense. Esta reacción ha sido lo que Faist (1994) ha llamado “la construcción y la movilización de fronteras en torno a cuestiones de distribución de los recursos del Estado de bienestar” (440).

Específicamente, la CCSS se convirtió en uno de los pilares centrales del control migratorio interno costarricense (Voorend, 2013) cuando en la última reforma a la Ley de Migración N.º 8764 del 2009 se estableció la afiliación al sistema público de seguridad social como uno de los nuevos requisitos para iniciar el proceso de regularización del estado migratorio. La Ley plantea, específicamente que

la tramitación de toda gestión migratoria deberá garantizar el aseguramiento a la seguridad social por parte de las personas migrantes. Tal garantía obligará a que todo trámite migratorio deba contemplar, como uno de sus requisitos básicos, contar con los seguros que brinda la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) (art. 7-inc. 7).

Al mismo tiempo, la CCSS, siguiendo una solicitud de la Dirección General de Migración y Extranjería (DGME) (Voorend, 2013), comunica que las “personas extranjeras que solicitan el aseguramiento para efectos de renovar su residencia, deben presentar la cédula de residencia vigente, o los papeles en trámite, en caso de que se pueda dar un aseguramiento temporal de hasta dos meses” (CCSS, 2012a: 1). Con esto, la interacción de la DGME y la CCSS crea una situación sin salida para inmigrantes *ilegales*, y dificulta el acceso a la política social, en especial la salud.

Este tipo de reacciones es bastante común en situaciones de crisis económica, política y social (Faist, 1994) e implica el supuesto de que la política social representa un factor de atracción para las personas migrantes. En la literatura sobre la migración y la política social se conceptualiza la idea de imán de bienestar (Joppke, 1999; Schierup *et al.*, 2006; Baldwin-Edwards, 2002; Bommers y Geddes, 2000; Morris, 2000), la cual indica, por un lado, que la población inmigrante depende de manera *desproporcionada* de las prestaciones sociales (Borjas, 1994; Borjas y Hilton 1996; Van Oorschot 2008), o bien, por otro lado, que las personas migran a países con políticas sociales generosas (Borjas, 1998; Schram y Soss, 1999; de Jong y Graefe, 2002).

En este artículo se problematiza la primera de estos dos componentes del concepto de imán de bienestar. Es decir, ¿la población nicaragüense depende de manera desproporcionada de las prestaciones sociales costarricenses? Para investigar esto, específicamente, se analiza de manera crítica la incidencia de la población nicaragüense en los servicios de salud pública costarricenses.

Después de una breve discusión de la literatura sobre la política social y la migración, se estudian las percepciones de funcionarios de la CCSS y la DGME sobre los servicios de salud costarricenses como atracción para las personas inmigrantes nicaragüenses. Para esto se hicieron un total de 18 entrevistas semi estructuradas y se aplicaron entre el 19 de marzo y el 23 de mayo de 2013¹, de un promedio de una hora cada una, con funcionarios de la CCSS y la DGME de diferentes rangos: funcionarios públicos de alto rango y asesores de política, profesionales en salud pública y funcionarios de nivel operativo. El objetivo de estas entrevistas era conocer las percepciones sobre la población inmigrante nicaragüense en Costa Rica, su derecho a la salud y su relación con la sostenibilidad financiera de la CCSS en particular y del sistema de protección social en general.

Seguidamente, se comparan estas percepciones con datos de la CCSS sobre la incidencia de la población nicaragüense en una selección de servicios de salud.

Específicamente, con base en un análisis de incidencia simple², se cuestiona la idea de que la población inmigrante tenga una incidencia más que proporcional en los servicios de salud. La última sección ofrece algunas reflexiones finales sobre la idea del régimen de política social costarricense como factor de atracción para las y las personas inmigrantes.

LA POLÍTICA SOCIAL COMO ATRACCIÓN

La política social, entendida como el conjunto de intervenciones públicas que tienen como objetivo evitar que las personas sufran una disminución de sus ingresos y oportunidades de vida mientras que promueve activamente condiciones de vida y trabajo decentes para todos, tiene un papel central en la incorporación (social y económica) de los inmigrantes (Voorend, 2014). La política social, así, es uno de los principales mecanismos de integración o segregación dentro de las sociedades (Fischer, 2009; Mkandawire, 2005). Una política social más inclusiva, basada en los principios de universalismo y solidaridad, podría ser un factor que la persona inmigrante considere a la hora de tomar su decisión de migrar (Hujo y Piper, 2010).

En términos generales, tanto en la literatura económica como sociológica, existen conceptualizaciones de la población inmigrante como una amenaza para la sostenibilidad de los estados de bienestar generosos (Van Oorschot, 2008). Estos argumentos se centran, primero, en la idea de los fuertes regímenes de política social como imanes de bienestar, es decir, factores de gran atracción de población inmigrante, y segundo en la posibilidad de que la inmigración conlleve a una pérdida de legitimidad social de las políticas de bienestar.

En la literatura económica, además de advertencias sobre los altos costos en términos del gasto social que podría implicar la inmigración y las amenazas para la sostenibilidad financiera de los sistemas de bienestar a largo plazo (Van Oorschot, 2008; Hujo y Piper, 2010), se ha usado el concepto de imán de bienestar cuando la población inmigrante depende de manera desproporcionada de las prestaciones sociales (Borjas, 1994; Borjas y Hilton 1996; Van Oorschot 2008; Boeri, Hanson y McCormick, 2002), o bien, cuando las personas migran a países con regímenes de política social avanzados (Borjas, 1998; Schram y Soss, 1999; de Jong y Graefe 2002). En ambos casos, se conceptualizan las prestaciones sociales como un factor que podría atraer inmigración, dado que crean un “ambiente propicio” para acceder mejores condiciones de vida (Hujo y Piper, 2010).

Para el caso de Costa Rica no existen estudios específicos que confirmen o rechacen estos argumentos. Se sabe relativamente poco sobre el acceso real a la política

social por parte de las poblaciones inmigrantes. Para el 2002, Castillo (2003) afirmaba que la población inmigrante representaba entre 4 y 6,3% de los servicios de la CCSS, un porcentaje menor a la población extranjera total registrada en las Encuestas de Hogares del mismo año (6,9%). Por otro lado, Bonilla-Carrión (2008) mostró que un hogar nicaragüense promedio hace mayor uso de los servicios sociales que uno costarricense, pero también invierte más en estos servicios, situación que se confirma en un estudio reciente de la propia CCSS (Bravo, 2009).

A pesar de estas contribuciones, la evidencia empírica es limitada. Sin embargo, como se discute con más detalle en la siguiente sección, existen persistentes ideas entre funcionarios de las instituciones estatales de que la política social constituye un factor de atracción de migración (Voorend, 2013; López, 2012; Bonilla-Carrión, 2008). Esto, a su vez, tiene implicaciones para la legitimidad percibida en la demanda de servicios de salud, el nivel y el tipo de acceso a la política social por parte de la población inmigrante.

Estas percepciones pueden fundamentar reacciones políticas de creación de límites en torno a la distribución de recursos de bienestar (Faist, 1996). Para entender los procesos de las políticas públicas que afectan a los inmigrantes y su implementación, es importante analizar la construcción social del sujeto inmigrante desde las instituciones estatales de política social, al reconocer que “los migrantes son sujetos sociales que actúan en circunstancias históricas y coyunturas específicas” (Feldman-Bianco *et al.*, 2011: 17).

En la sección que sigue se analizan las percepciones de funcionarios de la CCSS y la DGME sobre la legitimidad de la demanda de servicios de salud por parte de inmigrantes nicaragüenses, el acceso que tiene esta población a la salud, y los factores que facilitan o restringen dicho acceso. Como se mencionó anteriormente, interesan tanto las percepciones de quienes tienen un efecto directo sobre la formación de política pública, como las de aquellos que la ejecutan día tras día³.

PERCEPCIONES SOBRE POLÍTICA SOCIAL Y MIGRACIÓN⁴

En esta sección, se busca evaluar las percepciones sobre la política social como factor de atracción y si este podría ser suficiente para explicar la migración hacia Costa Rica, según los informantes.

Durante las entrevistas, se encontró un abanico de respuestas que se articulan en torno a tres grandes ideas. Primero, algunas personas entrevistadas consideran que la política social (específicamente el acceso a los servicios de salud) puede ser un factor lo bastante fuerte como para explicar la migración desde Nicaragua, en

especial la de ciertos tipos de población como adultos mayores, mujeres embarazadas y mujeres con hijos e hijas menores.

Esta percepción es compartida por funcionarios operativos de la CCSS y la DGME, quienes aseguran que las personas nicaragüenses aprecian el sistema costarricense de salud y educación. “La Caja Costarricense del Seguro Social con todas sus debilidades y con todas sus fortalezas es una seguridad social muy atractiva” (Giselle Román, entrevista, 2013). Se tiene la percepción de que esta población inmigrante valora este tipo de servicio, incluso se apela a la creencia de que los “ticos no saben lo que tienen” porque “la salud es cara y el tico no lo sabe pero el extranjero sí porque el extranjero vive en otras condiciones en sus países” (Marta Jara, entrevista, 2013). De manera similar y basado en su experiencia, un funcionario de la plataforma de servicios de la DGME explica que “muchas gente viene aquí por el sistema de la Caja, obviamente eso nos enorgullece” (Juan Carlos Siles, entrevista, 2013), lo cual en su visión hace que el país sea “bien visto” (*Idem*).

Segundo, la política social es considerada un factor secundario en la decisión de migrar, pero sí forma parte de una estrategia familiar de bienestar donde inciden otros factores, principalmente el trabajo. El argumento de imán de bienestar en estas percepciones está presente, pero pierde centralidad respecto al tema laboral o búsqueda de mejores condiciones de vida. Es decir, se consideran más importantes otros factores como la facilidad de inserción en el mercado laboral (formal o informal), la cercanía geográfica y la existencia de familiares ya radicados en el país.

En general, los funcionarios profesionales (doctores, enfermeras, etc.) son quienes ponen más énfasis en el componente laboral, pero argumentan que hay una serie de factores secundarios que también entra en juego en la decisión de migrar. Aunque no es el enfoque principal del presente artículo, la educación para generaciones futuras, más que el acceso directo a la salud, es percibida como una fuerte atracción. El director del Hospital México, el Dr. Douglas Montero, por ejemplo, considera que la primera razón de migrar es la falta de oportunidades laborales en Nicaragua y la mayor probabilidad de encontrar trabajo remunerado en Costa Rica, pero al mismo tiempo cree que:

...no es solamente laboral, de hecho, los nicaragüenses no siempre ganan bien y no siempre están en buenas condiciones sociales, algunos trabajan bajo condiciones de hacinamiento, mala paga, etc. Pero saben que si tienen una emergencia pueden acceder a los servicios de la Caja, saben que si los hijos empiezan a nacer aquí pueden empezar a tener educación, entonces sacrifican algunos años de estar mal para irse dando la oportunidad de conocer el país (...) Es un tipo de estrategia familiar a largo plazo. Esa gente tiene oportunidad de seguir viviendo en Nicaragua, tienen sus hogares, tienen sus condiciones pero prefieren seguir viviendo aquí por la Caja Costarricense del Seguro Social, por la mejor educación que aquí reciben (Douglas Montero, entrevista, 2013).

Una posible explicación de esta visión integral consiste en que los funcionarios profesionales en salud se relacionan con la población inmigrante más allá de los trámites burocráticos que hacen los funcionarios operativos, por eso posiblemente conocen en detalle las trayectorias de sus pacientes. Una visión similar se sostiene en algunas partes de la DGME, en la Dirección de Integración, aunque no necesariamente en los más altos rangos. Por ejemplo, Cinthia Mora, asesora de esta Dirección, tiene una visión un poco más crítica y argumenta que es riesgoso suponer que en Costa Rica los servicios de salud son el gran atractivo que impulsa la migración. Para ella,

sería un poco osado decir que las ventajas [en beneficios sociales] que presta el país son las únicas que juegan un rol para venir a Costa Rica... sería inclusive caer como en un mito en que más bien no queremos contribuir, porque...¿Verdad? [El mito] es que vienen y abusan de la Caja (Cinthia Mora, entrevista, 2013).

Finalmente, existe una visión enfocada en la atracción de Costa Rica como país democrático y de solidez institucional, que representa un contraste importante con el país de origen. Especialmente en el caso de los funcionarios con rangos más altos, el discurso cambia de forma significativa, aunque su contenido refleja la misma idea de Costa Rica como imán de bienestar. Al encontrarse en puestos ligados directamente con la creación y gestión de políticas, así como con la emisión e implementación de reglamentos y directrices, estas personas reflejan una conceptualización más abstracta de la migración (nicaragüense). Es notable que en esta conceptualización, no se parta de la familia o de las estrategias familiares, ni de las características específicas de ciertas poblaciones inmigrantes, como mujeres embarazadas, menores de edad o adultos mayores, o bien de las oportunidades laborales.

En contraste, en este caso se pone más énfasis en la institucionalidad que ofrece el país. Tanto para los funcionarios de altos rangos en la Dirección de Planificación y de Integración de la DGME, así como para la Dirección de Inspección y Área de Coberturas del Estado de la CCSS, la migración en general, pero sobre todo la nicaragüense, es resultado de la solidez institucional de un país excepcional en la región centroamericana: Costa Rica. Por lo que en esta explicación se menciona la democracia estable como un factor importante:

Yo pienso que viene por ahí, cuando a mí me han preguntado otras personas ¿cuál es la diferencia entre Costa Rica y el resto de países de Centroamérica? Yo siempre les he dicho que es que la democracia se ha traducido en el desarrollo institucional del país (Eduardo Flores, entrevista, 2013).

El mismo jefe del Área de Cobertura del Estado de la CCSS menciona que el “desarrollo institucional que tiene el país es un sello de garantía para el migrante y

para la gente pobre costarricense de tener buenos servicios en el campo de la salud pública, de la educación, de la vivienda” (Eduardo Flores, entrevista, 2013). De manera similar, desde la Dirección de Inspección de la CCSS se mantiene que:

es cierto que estas poblaciones en sus países no tienen las posibilidades ni de tener salud, ni de tener educación, ni de tener agua potable, ni de tener electricidad, ni de tener la institucionalidad de un país, o sea, porque aquí terminamos hablando de institucionalidad...Costa Rica es un país que ha desarrollado la institucionalidad, o sea, hay entes gubernamentales que son los responsables de proveer ciertos servicios. Entonces... al final el paquete se vuelve atractivo. Quizás en un momento dado la necesidad de trabajo sí, pero la necesidad de trabajo, llega usted y usted empieza a conocer el país donde entró y empieza a ver qué ofrece ese país, y quiere lo que da el país, y reclama lo que da el país (Dirección de Inspección, 2013).

En las tres líneas argumentales, entonces, el régimen de bienestar costarricense constituye un factor de atracción para la población inmigrante, aunque haya matices en su centralidad y poder explicativo para los flujos migratorios desde Nicaragua. Parece que para los funcionarios de nivel operativo, la política social tiene centralidad para motivar la migración, mientras que para funcionarios profesionales, esta motivación se enmarca en una explicación más integral de otros factores, principalmente laborales. Al final, en las percepciones de los funcionarios de más alto rango, la política social en sí no es medular, pero la democracia estable y la institucionalidad costarricense en general son factores importantes que explican la inmigración.

Para varias de las personas entrevistadas, esto se traduce en una incidencia importante de la población nicaragüense en los servicios de salud. Aunque se encontraron visiones que cuestionaban la gran incidencia de la población inmigrante, como en el Hospital México, donde “la cantidad de nicaragüenses no llega al 2 % de todos los que atendemos”, pero en otras zonas “de San Carlos o de Upala es al revés, atienden más nicaragüenses que costarricenses” (Douglas Montero, entrevista, 2013). La mayoría de las estimaciones del porcentaje de inmigrantes (nicaragüenses) varía entre 20 % y 60 %. Por ejemplo, una persona de ventanilla aseguró que el 50 % de la población que atiende es nicaragüense (funcionario de ventanilla, CCSS, entrevista, 2013), mientras otra decía que: “A veces uno de los cuatro, o uno de los cinco dependiendo de la consulta que sea. Eso tiende a variar un poco, pero si es bastante [...]”. (Juan Pablo Barrantes, entrevista, 2013). Para otras personas este porcentaje es mucho más alto; por ejemplo, para una enfermera en Heredia el porcentaje no baja del 60 % (Giselle Román, entrevista, 2013), mientras que para una médico de la misma zona, uno de cada dos pacientes es nicaragüense (Marta Jara, entrevista, 2013). En lo que sigue se comparan estas percepciones con datos de la CCSS.

LA INCIDENCIA REAL EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS: EL CASO DE LA SALUD

En esta sección y con base en los datos brindados por la misma CCSS, se realiza un análisis de la incidencia para algunos servicios de salud pública, con el fin de contrarrestar las percepciones con otra realidad que desdibujan los datos de la atención a la población nicaragüense. Se escogió el sector de la salud porque es un caso emblemático para el régimen de política social costarricense solidaria y universal, y porque son precisamente estos servicios los que más muestran la presencia de población nicaragüense, y donde más se genera polémica alrededor de estos servicios (Bonilla-Carrión, 2008; Voorend, 2013). Además, ha sido en el acceso al seguro social donde se ha creado barreras al acceso para la población inmigrante, al brindar servicios sociales más excluyentes (Voorend, 2013).

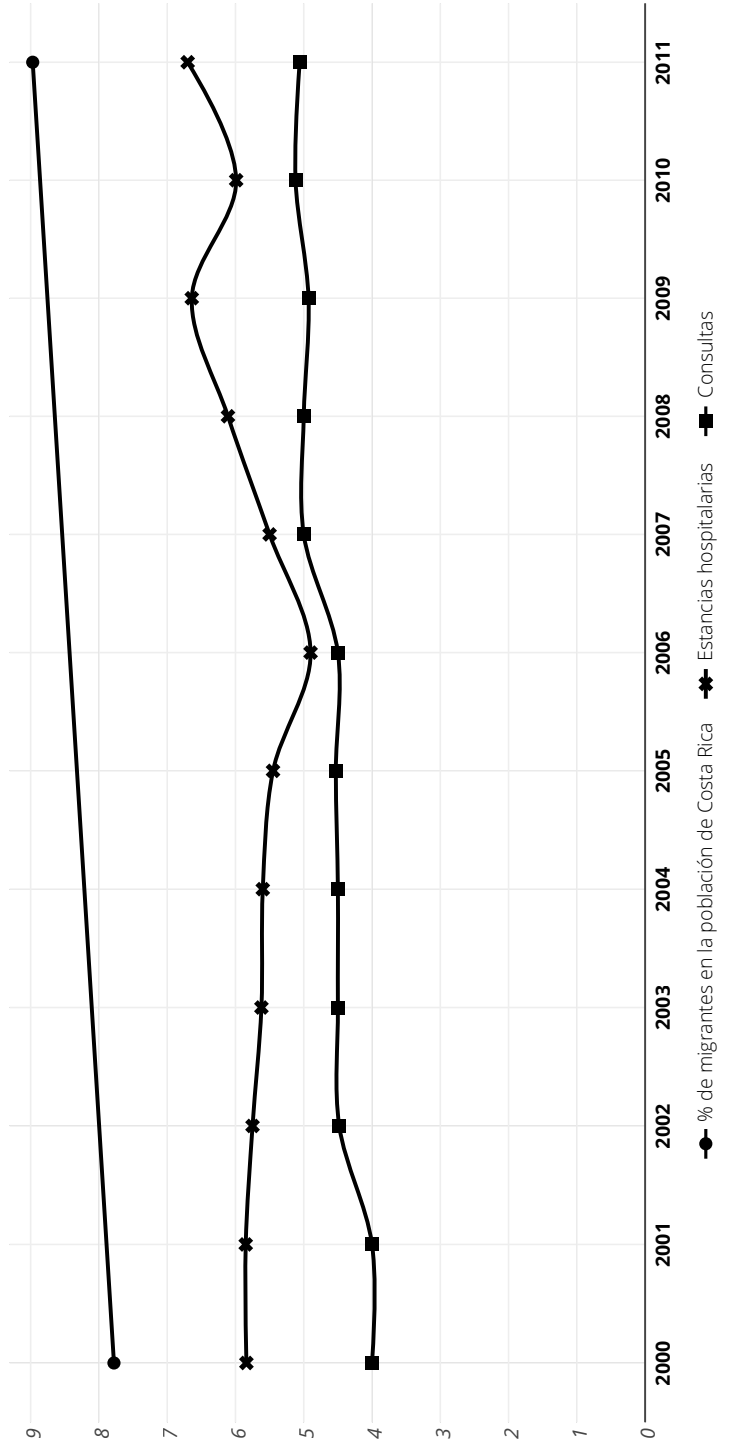
En este punto es importante aclarar que la gran mayoría de los inmigrantes cuenta con seguro social. Según datos del INEC (2011), el 65,2 % de la población nacida en Nicaragua cuenta con algún tipo de aseguramiento y los datos de la CCSS confirman esta tendencia. Por ejemplo, los datos de 2006 demuestran que tres de cada cuatro atenciones de urgencia a personas nicaragüenses en la CCSS están cubiertas por algún tipo de aseguramiento y casi el 60 % de estas personas cuenta con un seguro directo (36,9 %) o familiar (22,8 %). Así, tienen derecho a recibir atención médica como cualquier otra persona asegurada, ya que contribuyen al seguro social de la misma forma. Es decir, las percepciones generalizadas de esta población inmigrante como una amenaza para la sostenibilidad financiera de los servicios de salud (Bonilla-Carrión, 2008) no tienen fundamento empírico convincente.

Al tomar en cuenta este dato, es importante conocer la incidencia de la población nicaragüense en los servicios de salud. Específicamente, se analizan tres indicadores diferentes. Primero, se estudia la incidencia de la población nicaragüense en los diferentes servicios de salud de la CCSS. Segundo, se realiza este mismo análisis pero para los datos de los servicios relacionados con el embarazo, por su centralidad en las percepciones sobre la migración y, finalmente, se estudian los datos de la cobertura por parte del Estado.

Incidencia en consultas y hospitalización

Los datos disponibles de Castillo (2003-2011) y de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, del Área de Estadística en Salud de la CCSS (2011), para consultas y hospitalización disponibles para el periodo 2001-2011, no permiten una

Gráfico n.º 1. Porcentaje de consultas y hospitalizaciones de la población inmigrante, 2000-2011



FUENTE: Castillo (2011) y Área de Estadística en Salud de la CCSS (2011).

desagregación por país de nacimiento. Es decir, se está hablando de la población nacional (nacida en Costa Rica) versus la población inmigrante total (nacida en otro país), no solo nicaragüense.

El Gráfico n.º 1 muestra el porcentaje de las consultas y las hospitalizaciones de la población inmigrante en el total de consultas y hospitalizaciones, al contrastar una línea de tendencia entre los porcentajes de personas nacidas en otro país como parte de la población total de los censos del 2000 y 2011.

Entre el 2000 y 2011, los censos de población registran un aumento de 296 461 a 385 899 personas provenientes de otro país, lo cual representa un incremento de 7,78 % a 8,97 % del total de la población. Durante todo el periodo, la incidencia de la población inmigrante en ningún momento sobrepasa el 7 % del total de las hospitalizaciones y se mantiene estable en el porcentaje de las consultas, con un 5 %, aproximadamente. En ambos casos están por debajo del peso que tiene la población migrante en la población total en Costa Rica.

En otras palabras, más que una sobrerrepresentación, demuestra una subrepresentación de las personas inmigrantes en estos servicios de salud, lo cual cuestiona uno de los dos argumentos que fundamenta la percepción de Costa Rica como imán de bienestar. Además, es probable que la diferencia entre la presencia de población inmigrante (de casi 9 %) y la incidencia en estos servicios (de 5 % y 7 % para consultas y estancias hospitalarias, respectivamente) sea más grande en la realidad. El censo, si bien representa la fuente más confiable en cuanto a la presencia de inmigrantes, no logra captar a todas las personas nacidas en otro país y que están presentes en Costa Rica; por ejemplo, las dificultades para medir a la población inmigrante temporal en diferentes momentos del año.

Ahora bien, aunque Dobles *et al.* (2013) sugieren que tanto colombianos como panameños enfrentan percepciones negativas, es principalmente la población nicaragüense la que se percibe como una amenaza a la sostenibilidad del seguro social (Bonilla-Carrión, 2008). Podría ser que la población migrante total en Costa Rica no esté sobrerrepresentada en los servicios de salud, pero la población nicaragüense sí. Para analizar esta posibilidad es necesario profundizar en las evidencias.

Para el 2006, la CCSS reportaba datos más detallados sobre el diagnóstico de las atenciones de urgencias por país de nacimiento. Es decir, se puede analizar en particular la población nicaragüense que se vio representada en este año. El Cuadro n.º 1 muestra los números de diferentes agrupaciones de diagnósticos, con más de 50 000 casos, y los porcentajes que representan el total de diagnósticos para la población costarricense y nicaragüense.

Cuadro n.º 1. Atenciones de urgencias por país de nacimiento y diagnóstico

Diagnóstico	Total	Incidencia en % por país de nacimiento		Con respecto al 5,5 %
		Costa Rica	Nicaragua	
<i>Embarazo, parto</i>	130 320	86,88	11,26	+
<i>Atención sin patología</i>	187 239	90,47	7,86	+
<i>Sistema genitourinario</i>	241780	91,08	7,75	+
<i>Sistema digestivo</i>	272 193	92,99	6,24	+
<i>Trastornos mentales</i>	83 877	92,98	5,40	-
<i>Enfermedades de piel</i>	141 816	93,29	5,19	-
<i>Sistema circulatorio</i>	134 398	93,89	4,59	-
<i>Sistema nervioso</i>	86 427	94,30	4,39	-
<i>Enfermedades del pido</i>	173 419	95,20	4,08	-
<i>Infecciosas y parasitarias</i>	372 042	94,96	3,90	-
<i>Endocrinas, nutric. y metabol.</i>	53 691	94,51	3,90	-
<i>Sistema respiratorio</i>	1 180 410	96,02	3,26	-
Total	4 463 776	93,80	5,11	-

FUENTE: Elaboración propia a partir los datos de la CCSS y el Área de Estadística en Salud, 2006.

Se destacan varios aspectos: primero, para el total de diagnósticos, la población nicaragüense no está sobrerrepresentada con un 5,11 % de los servicios de urgencia contra 5,5 % de peso en la población total en el 2006. Segundo, en la mayoría de los diagnósticos y sobre todo para aquellos que tienen un peso grande en el total de casos de atención de urgencia de la CCSS, como las urgencias infecciosas y parasitarias o del sistema respiratorio, hay muy pocos casos de población nicaragüense (3,9 % y 3,26 %, respectivamente).

Tercero, destaca el porcentaje más alto de embarazos y partos: 11,26 %, el cual duplica la presencia de la población nicaragüense en el total de la población. Esto se vincula directamente con las características demográficas de la población nicaragüense. En la siguiente sección se analiza con mayor detalle la incidencia de la población nicaragüense en los servicios de salud en relación con los partos.

Cuarto, existen algunos diagnósticos que a primera vista no tienen una aparente razón para que haya un peso relativamente mayor de población nicaragüense, por ejemplo las atenciones sin patología, las urgencias de sistema genitourinario y del sistema digestivo. Sin embargo, la especialista en medicina interna de la

CCSS, Yúrika Dorado Arias, afirma que estos diagnósticos tienen una explicación lógica que se relaciona con tres aspectos. Por un lado, existen padecimientos como las infecciones en los tractos urinarios que normalmente no se atienden en emergencias. Sin embargo, entre la población inmigrante hay una mayor proporción sobre la población nacional que no cuenta con seguro social. Así, no tienen acceso a los servicios de no emergencia de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) u otros centros y acceden entonces a los servicios de emergencia en los hospitales (Yúrika Dorado Arias, entrevista, 2014). En estos centros se da el servicio médico sin importar el estado migratorio, aunque también se puede cobrar (Voorend, 2013). El problema radica en que algunos padecimientos que podrían haberse curado en etapas tempranas ahora se atienden en emergencias y muchas veces con complicaciones mayores (Yúrika Dorado Arias, entrevista, 2014).

Así, el acceso al seguro social y el estado migratorio regular se convierten en barreras para servicios médicos que no son de emergencia relativos al sistema digestivo y genitourinario. En cambio, en el 2006 la población nicaragüense tenía un peso un poco mayor en relación con la población total (6,24 % vs. 5,5 %, respectivamente). Para el primero, son en especial para las hernias (12 %) o enfermedades del apéndice (13,8 %); mientras que para los segundos, principalmente las hemorragias vaginales (13,4 %), trastornos menstruales (10,7 %) y otros trastornos urinarios.

Por otro lado, en algunos casos no es solo el seguimiento que se pueda dar en Costa Rica, sino que la falta de control durante años en Nicaragua explica la mayor incidencia de esta población en algunos diagnósticos. Así, por ejemplo, las hemorragias vaginales son, en muchos casos, efectos secundarios de tumores en el útero o miomas uterinas: diagnóstico frecuente en mujeres nicaragüenses a partir de los 35 años, quienes por falta de control pueden presentar complicaciones médicas mayores.

Finalmente, muchos de los diagnósticos que se presentan en urgencias se vinculan directamente con las edades reproductivas en las que se encuentra la gran mayoría de la población inmigrante nicaragüense en Costa Rica (Sandoval, 2008; Morales y Castro, 2006; Voorend y Robles Rivera, 2011). En la categoría de atenciones sin patología, por ejemplo, hay mayor incidencia de población inmigrante en exámenes y pruebas de embarazo (8,7 %), embarazos normales (12,2 %) y exámenes y atención post parto (12,9 %).

Estas atenciones, así como las que se vinculan con trastornos urinarios son más comunes en edades reproductivas (Yúrika Dorado Arias, entrevista, 2014). Una combinación entre la falta de prevención de enfermedades y, sobre todo, el limitado acceso a servicios médicos no de emergencia constituyen razones por las que la población nicaragüense presenta un peso levemente mayor en estos diagnósticos. Cabe anotar que en todos estos casos la población costarricense

representa siempre más del 85 % y que se presentan en muchos casos en emergencias también por no tener acceso al seguro social.

Partos intrahospitalarios

Los servicios relacionados con los embarazos merecen especial atención. En la mayoría de las entrevistas se destacó la centralidad que tiene el embarazo en las percepciones sobre la migración y su estrategia de bienestar, asimismo se conocieron anécdotas de mujeres que cruzan la frontera embarazadas y que poco tiempo después de haber migrado, tienen su parto en Costa Rica. Legalmente, el principio de *ius soli* dicta que cualquier persona nacida en territorio costarricense tiene derecho a la ciudadanía. Es decir, menores nacidos de madres nicaragüenses son costarricenses, sin importar el estado migratorio de la madre. A través del niño, posteriormente, la madre puede acceder a un estado migratorio regular.

Efectivamente, en una entrevista con altos funcionarios de la Dirección de Inspección de la CCSS se mencionó que las migrantes “dicen: aquí mis hijos estudian, yo aquí me garantizo que ellos van a salir adelante, si yo me devuelvo a mi país no puedo” (Dirección de Inspección, entrevista, 2013). Asimismo, el director del Hospital México contó que “especialmente en la zona norte, [...] las pacientes embarazadas en su último mes cruzan el país solamente para tener el hijo en Costa Rica, y asegurarse de que como costarricenses tienen todos los beneficios, aunque tenga el parto y una semana después está ya del lado de Nicaragua” (Douglas Montero, entrevista, 2013). Resulta evidente que desde su perspectiva esta migración no en todos los casos implica mejoras en las condiciones socioeconómicas, ya que “no siempre ganan bien y no siempre están en buenas condiciones sociales, [...] pero saben que si tienen una emergencia pueden acceder a los servicios de la Caja, saben que si los hijos empiezan a nacer aquí pueden empezar a tener educación, porque tienen la gran ventaja de la seguridad social, de la educación, de la seguridad que usualmente en Nicaragua tienen más dificultades” (Douglas Montero, entrevista, 2013).

Los funcionarios de ventanilla en la CCSS narran situaciones parecidas: “Si le puedo decir de una embarazadita que nos llegó de treinta y seis semanas y lo dijo así: ‘Vengo exclusivamente a tener bebé acá’. Empezó el control prenatal a las 36 semanas, tuvo el bebé y se retiró, porque dice que acá es muy cómodo porque no se le iba a cobrar ni la estadía en el hospital, ni los controles” (funcionario de ventanilla, entrevista, 2013).

Los datos en efecto parecen confirmar la mayor incidencia de mujeres nicaragüenses en los servicios vinculados con el embarazo. Así, los datos de urgencias del 2006 (Cuadro n.º 1) confirman un peso de 11,26 % en todos los servicios de urgencia

relacionados con el parto. De nuevo, muchas de estas urgencias se vinculan con la falta de control prenatal, lo cual explica por qué los partos de mujeres nicaragüenses se complican proporcionalmente más (16,8 %), existen más casos de hipertensión (16 %) o por qué se dan otro tipo de complicaciones (10,7 %) (Yúrika Dorado Arias, entrevista, 2014).

El Cuadro n.º 2, por su parte, muestra datos de los partos intrahospitalarios vaginales y con cesárea. El 16,42 % y 12,66 % del total de los partos vaginales y con cesárea atendidos en la CCSS, respectivamente, correspondieron a personas nacidas en Nicaragua; comparado con el 6,7 % de la población total en Costa Rica. De este modo, los datos parecen indicar una *sobrerrepresentación* de nicaragüenses en los partos vaginales y con cesárea.

Cuadro n.º 2. Partos intrahospitalarios por nacionalidad, 2011

Tipo de parto intrahospitalario	Total	País de nacimiento		% del total	
		Costa Rica	Nicaragua	Costa Rica	Nicaragua
Partos vaginales	69 185	56 475	11 359	81,63	16,42
Partos con cesárea	14 195	12 158	1 797	85,65	12,66

FUENTE: Elaboración propia a partir de CCSS, Área de Estadística en Salud, 2011.

Esta *sobrerrepresentación*, sin embargo, merece un análisis más crítico. Primero, es un reflejo de las diferencias en la tasa bruta entre los dos países. La tasa de natalidad en Costa Rica es relativamente baja: 16 por cada 1000 personas según datos del Banco Mundial (2014). Para Nicaragua, esta cifra es significativamente más alta: 24 nacimientos por cada 1000 personas. Efectivamente, entre la población nicaragüense en Costa Rica la natalidad es más alta que entre nacionales. La DGME (2012) confirma que por cada 1000 mujeres costarricenses en edades fértiles (de 15 a 44 años de edad) se registran 55 nacimientos, en tanto que entre mujeres nicaragüenses se registran 100.

Segundo, la población nicaragüense en Costa Rica se encuentra principalmente en edades entre los 15 y 50 años (Morales y Castro, 2006; Voorend *et al.*, 2013), a saber, mujeres en edades reproductivas (según la OMS: entre 15 y 44 años). Aunque su incidencia en el total de los servicios de partos intrahospitalarios sea más que proporcional a su peso en la población total, estos datos no se pueden sobredimensionar. El Cuadro n.º 3 compara los datos de los partos con la cantidad de población total y con la población ocupada en Costa Rica, ambas por nacionalidad y calcula un tipo de tasa de natalidad por cápita.

Cuadro n.º 3. Partos intrahospitalarios por cada 1000 personas, según población total y ocupada, 2011

Indicador	País de nacimiento	
	<i>Costa Rica</i>	<i>Nicaragua</i>
<i>Partos vaginales</i>	56 475	11 359
<i>Partos con cesárea</i>	12 158	1 797
<i>Población total en Costa Rica</i>	3 915 813	287 766
<i>Población ocupada en Costa Rica</i>	1 670 632	205 182
Tasa de natalidad por cada 1000 personas, según población		
<i>Partos vaginales-Población total</i>	14,4	39,5
<i>Partos vaginales-Población ocupada</i>	33,8	55,4
<i>Partos con cesárea-Población total</i>	3,1	6,2
<i>Partos con cesárea-Población ocupada</i>	7,3	8,8

FUENTE: Elaboración propia a partir de CCSS, Área de Estadística en Salud, 2011.

Tomando como base la población total nacida en Costa Rica y en Nicaragua, se tendría 14,4 partos vaginales y 3,1 partos con cesárea para la población nacional, respecto a 39,5 partos vaginales y 6,2 partos con cesárea para la población nacida en Nicaragua. Es decir, en cada caso respectivo, hay 2,7 y 2 veces más por cada mil nicaragüenses en comparación con la población costarricense.

Sin embargo, este análisis podría mostrar un cuadro un tanto distorsionado. La población total nacida en Costa Rica, de 3 915 813 personas incluye poblaciones de edades no reproductivas mucho más grandes que la población nicaragüense. En contraste, la gran mayoría de las personas nicaragüenses en Costa Rica se encuentra en edades entre los 15 y 50 años. En este caso, sería más justa una comparación de poblaciones ocupadas de 15 años o más.

Los datos demuestran que entre los costarricenses ocupados, los partos por cada mil personas aumentan a 33,8, mientras que entre los nicaragüenses sube en menor medida a 59,4 partos por cada mil personas. Ahora, la diferencia entre población costarricense y nicaragüense disminuye significativamente, pues la tasa baja de 2,7 a 1,6.

El caso de los partos con cesárea que discutiblemente es el más caro para la CCSS, la diferencia es aún menor. Entre la población costarricense ocupada hay 7,3 partos con cesárea por cada mil personas, cifra muy parecida a la de la población nicaragüense, de 8,8 partos por cada mil personas. Es decir, se trata de una diferencia no muy significativa.

En suma, los datos demuestran que el mayor peso de la población nicaragüense en servicios de salud está relacionado con el parto. La mayoría de este peso se explica por las características demográficas de la población nicaragüense en Costa Rica. Además, una parte cada vez mayor de la población costarricense busca servicios médicos privados (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2013), lo anterior implica que los datos de la CCSS para la población costarricense sean realmente subestimados por el número de partos. Las mujeres nicaragüenses tienen mucho menos acceso a los servicios de salud vinculados al parto en el sector privado, dadas sus características de inserción laboral (Voorend y Robles Rivera, 2011), pues no les permiten cubrir los costos que implica.

Cobertura del Estado

Otro reclamo frecuente es que por no estar asegurado y en condiciones de pobreza, el Estado costarricense debe que cubrir los costos de los servicios de salud de la población nicaragüense. Como lo expresó un funcionario de ventanilla: el “error [que Costa Rica ha cometido]... es que nosotros firmamos todo lo que nos pongan adelante por los derechos humanos, sin pensar en qué nos va a traer, si nos va a dar beneficios, o si no nos va a beneficiar” (Ventanilla empresarial, entrevista, 2013).

Ciertos grupos poblacionales cuentan con una protección mayor del Estado, por ejemplo mujeres embarazadas, menores de edad y adultos mayores, entre otros; que en caso de no encontrarse asegurados, tienen con una cobertura del Estado sin costo alguno. Para estos grupos existe un universalismo real, en el sentido de que en teoría no se les puede negar nunca el acceso a servicios de salud (López, 2012; Voorend, 2013; 2014).

El Estado también cubre facturas de no asegurados que no se pudieron cobrar. A pesar de que la política de la CCSS se ha puesto más estricta con respecto al cobro de los servicios, incluso el de emergencias cuando el paciente no cuenta con seguro social (Voorend, 2013), todavía existen casos en los cuales el paciente no puede pagar la factura; por lo que el Estado cubre los costos del servicio.

El Cuadro n.º 4 muestra la cobertura de beneficiarios del Estado, en números absolutos y sus porcentajes. De nuevo, se propone una comparación con la población

ocupada, pero en este caso, aquella con bajo nivel de escolaridad y en condiciones de pobreza, es decir, circunstancias parecidas a las de una parte de la población inmigrante nicaragüense (Morales y Castro, 2006; Voorend y Robles Rivera, 2011; Voorend, Robles y Venegas, 2013). Dicha comparación se realiza porque se trata de establecer si la población nicaragüense realmente *se aprovecha* de los servicios que provee el Estado costarricense, como perciben varios de las personas entrevistadas, y si son más propensos de usar los servicios del Estado sin pagar por ellos.

Cuadro n.º 4. Beneficiarios del Estado según país de nacimiento, 2012

País de nacimiento	Beneficiarios del Estado		Población ocupada con primaria o menos		Población ocupada en condiciones de pobreza	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Costa Rica	527 972	80,87	649 612	82,38	220 705	84,38
Otro	124 869	19,13	138 966	17,62	40 853	15,62
Total	652 841	100	788 578	100	261 558	100

FUENTE: Elaboración propia a partir de CCSS (2012b), INEC y ENH (2012).

Al comparar 19,13 % de incidencia en las coberturas del Estado con el 8,97 % de población extranjera en Costa Rica, se podría concluir que efectivamente hay una presencia *significativa* con respecto a la población extranjera. Sin embargo, la cobertura del Estado es principalmente para población que no puede cubrir los costos de los servicios de salud, por sus condiciones socioeconómicas.

Al comparar estos datos con la población ocupada con educación primaria o que nunca ha terminado primaria, se destaca que la población migrante representa el 17,62 % del total. De forma similar, la población ocupada migrante en condiciones de pobreza representa 15,62 % del total. Estos datos ponen en perspectiva la cifra de 19,13 % y sugieren que no hay ninguna evidencia de que la población extranjera sea más propensa a aprovechar la cobertura del Estado, en comparación con la población nacional en condiciones parecidas.

En contraste, lo que demuestran estos datos es que la población con baja escolaridad y en condiciones de pobreza necesita de la cobertura del Estado; asimismo, existe una presencia importante de población inmigrante en Costa Rica con estas características de desventaja. En este sentido, la discusión no gira alrededor de la inmigración *per se*, sino más bien en torno al tipo de inmigración que llega a Costa Rica. Adrián Jiménez, subjefe de la Dirección de Planificación Institucional de la DGME, argumenta,

al justificar un control migratorio más estricto, que “aunque suene muy feo, Costa Rica no puede ser un importador de pobreza, tenemos que salir también de problemas económicos y sociales del país, que no podemos importar una serie de factores endógenos que nos vienen a hacer la situación más crítica” (entrevista, 1 abril 2013).

REFLEXIONES FINALES

Este artículo analizó la incidencia de la población nicaragüense en los servicios de salud pública en Costa Rica, con el fin de establecer si los datos respaldan percepciones de creadores de política pública y profesionales ejecutivos en el campo de la salud y de la política migratoria de que hay una sobrerrepresentación en los servicios de salud por parte de esta población.

En las entrevistas con funcionarios de la CCSS y la DGME se destacó una percepción recurrente de que la política social costarricense, en especial los servicios de salud ofrecidos por la CCSS, constituyen un factor que podría explicar la migración desde Nicaragua; de que su incidencia en servicios de salud es alta y que representa una amenaza financiera para la institución.

A partir de un ejercicio de análisis descriptivo, se demuestra que los datos proporcionados por la CCSS, institución emblemática para el régimen de protección social universal y solidaria costarricense, no respaldan la idea de Costa Rica como imán de bienestar: la incidencia de población nicaragüense en servicios de salud es, en general, menor que su peso en la población total. Existen algunos servicios específicos, como los relacionados con el embarazo, en los que las personas nicaragüenses tienen una incidencia un tanto mayor; no obstante, el análisis arguye poner en perspectiva estos datos con respecto a la mayor población en edades reproductivas, con menor acceso a servicios de salud privados y las condiciones socioeconómicas desventajosas en las cuales muchas personas inmigrantes llegan al país.

De todas formas, la mayoría de personas nicaragüenses que accede a los servicios de salud cuenta con seguro social, lo cual les da derecho a estos servicios como cualquier otra persona contribuyente. A pesar de esto, no es automático su acceso a los servicios, ya que pese a contar con estados migratorios legales, no siempre reciben el servicio que buscan por percepciones de *ilegalidad*. Es decir, los funcionarios operativos de ventanilla pueden negar servicios según su propio criterio (López, 2012; Dobles *et al.*, 2013; Voorend, 2013). En este caso, la política social y los criterios de inclusión y exclusión *se hacen* en la ventanilla (Dobles *et al.*, 2013).

Sin embargo, también es cierto que una parte significativa de la población nicaragüense en Costa Rica no está cubierta por el seguro social (INEC, 2011). La

falta de este para acceder a servicios no de emergencia, la falta de control temprano de padecimientos tanto en Nicaragua como en Costa Rica, las edades reproductivas en que se encuentran sobre todo las mujeres y las condiciones socioeconómicas en las cuales se insertan las personas inmigrantes nicaragüenses en Costa Rica explican, para algunos diagnósticos médicos, una incidencia relativamente mayor de esta población en algunos de los servicios de salud.

Es preocupante que esta percepción de Costa Rica como imán de bienestar parece ser tan común entre funcionarios de las mismas instituciones que se encargan de la prestación de servicios de salud y la política migratoria, específicamente la CCSS y la DGME. Ambas instituciones juegan un papel fundamental en la integración de personas nicaragüenses a la sociedad costarricense, pero las personas encargadas de la creación y el funcionamiento diario de las políticas de salud parecen cuestionar la legitimidad de la demanda de servicios de salud por parte de la población nicaragüense. En breve, este artículo ha demostrado que estas percepciones no necesariamente tienen fundamento empírico, o, en el mejor caso, poseen un fundamento débil.

NOTAS

- 1 Las personas entrevistadas dieron, con un formulario de consentimiento informado, su autorización de utilizar sus nombres en el presente artículo, salvo en algunos casos en los que se hace referencia, con su permiso, solamente a su función institucional.
- 2 Un análisis de incidencia simple, en este caso, compara el porcentaje que representa la población inmigrante en el total de la población atendida en un servicio de salud (x) con el porcentaje que representa la población inmigrante en el total de la población en Costa Rica (y). Si el primer porcentaje es más alto que el segundo ($x > y$), se podría hablar de una 'sobrerrepresentación'.
- 3 Las personas entrevistadas nos dieron autorización de utilizar sus nombres en el presente artículo, salvo en algunos casos en los que se hace referencia, con su permiso, solamente a su función institucional.
- 4 Esta sección sobre percepciones representa una versión resumida de un análisis más profundo que se publicó, bajo el título "Tras de cuernos palos. Percepciones sobre Costa Rica como imán de bienestar en la crisis del seguro social", en la *Revista de Ciencias Sociales* (2014. n° 145. pp 13-33).

BIBLIOGRAFÍA

- BALDWIN-EDWARDS, MARTIN. "Immigration and the Welfare State: A European Challenge to American Mythology". *UEHR Working Papers: MMO working paper* no. 4 (Atenas: University Research Institute of Urban Environment and Human Resources) (2002).
- BANCO MUNDIAL. "Data: Birth rate per 1,000 people". *The World Bank Group*, 2014. <<http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CBRT.IN>>. Washington, D.C.: The World Bank Group.

- BOERI, TITO; GORDON HANSON Y BARRY McCORMICK ET AL. (EDS.). *Immigration policy and the welfare system*. Oxford: Oxford University Press, 2002.
- BOMMES, MICHAEL Y ANDREW GEDDES (EDS.). *Immigration and Welfare. Challenging the Borders of the Welfare State*. London: Routledge, 2000.
- BONILLA-CARRIÓN, ROGER. “Seguro social y usos de servicios de salud entre personas nicaragüenses en Costa Rica”. *El mito roto. Inmigración y emigración en Costa Rica*. Ed. Carlos Sandoval. San José: EUCR, 2008.
- BORJAS, GEORGE Y LYNETTE HILTON. “Immigration and the Welfare State: Immigrant Participation in Means-Tested Entitlement Programs”. *The Quarterly Journal of Economics* 111 (2) (1996): 575-604.
- BORJAS, GEORGE. “Immigration and Welfare 1970-1990”. NBER, *Working Paper* 4872. (Cambridge: The National Bureau of Economic Research) (1994).
- _____. “Immigration and Welfare Magnets”. NBER, *Working Paper* 6813. (Cambridge: The National Bureau of Economic Research) (1998).
- BRAVO, JOSUÉ. “Inmigrantes aportan a la seguridad social costarricense”. *La Prensa*. 14 de diciembre del 2009. <<http://www.laprensa.com.ni/2009/12/14/economia/10369-inmigrantes-aportan-a-seguridad>>.
- CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL (CCSS). *Afiliación y prestación de servicios de salud a los asegurados extranjeros no habilitados legalmente para trabajar en el país*. San José: CCSS, Comunicación interna 10/04/2012, 2012a.
- _____. *Cobertura del Estado, Módulo Seguro por el Estado*, 2012. San José: CCSS, 2012b.
- _____. *Estadísticas de salud*. Dirección de Proyección de Servicios de Salud. San José: Departamento de Estadística de la CCSS, 2011.
- CASTILLO RIVAS, JAQUELINE. *Actualización 1997-2011 de datos estadísticos para la caracterización de la Atención de los Extranjeros en los Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social 1997- 2002*. San José: CCSS, Presidencia Ejecutiva, Dirección Actuarial y de Planificación Económica. Comunicación Personal, 2011.
- _____. *Características de la Atención de los Extranjeros en los Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social 1997- 2002*. San José: CCSS, Presidencia Ejecutiva, Dirección Actuarial y de Planificación Económica, 2003.
- DE JONG, GORDON Y DEBORAH GRAEFE. *Welfare Reform and Migration: Moving to Benefits; Moving from Restrictions*. Population Research Institute. Report prepared for Northwestern University/University of Chicago Joint Center for Poverty Research. The Pennsylvania State University, 2002.
- DIRECCIÓN GENERAL DE MIGRACIÓN Y EXTRANJERÍA (DGME). *Migración e Integración en Costa Rica. Informe* 2011. San José: DGME, 2011.
- _____. *Migración e Integración en Costa Rica. Informe* 2012. San José: DGME, 2012.
- DOBLES, IGNACIO; GABRIELA VARGAS SELVA Y KRISIA AMADOR ROJAS (ET AL.). *Inmigración: Psicología, identidades y políticas públicas. La experiencia nicaragüense y colombiana en Costa Rica*. San José: Editorial UCR. 2013.
- FAIST, THOMAS. “Immigration, integration and the ethnicization of politics”. *European Journal of Political Research*, 25 (1994): 439-459.
- FAIST, THOMAS. “Immigration, integration and the welfare state”. *The Challenge of Diversity Integration and Pluralism in Societies of Immigration*. Eds Agnes Heller and Rainer Bauböck and A.R. Zolberg. Aldershot: Avebury, 1996. 227-250.
- FELDMAN-BIANCO, BELA; LILIANA RIVERA SÁNCHEZ; CAROLINA STEFONI Y MARTA INÉS VILLA MARTÍNEZ (ET AL.). *La construcción del sujeto migrante en América Latina: Prácticas, representaciones y categorías*. Quito: FLACSO-CLAGSO-U. Alberto Hurtado, 2011.
- FISCHER, ANDREW. “Towards Genuine Universalism within Contemporary Development Policy”. *Research Paper prepared for: High Level Policy Forum- After 2015: Promoting Pro-poor Policy after the MDGs*. Belgium, Brussels, 2009.

- GONZÁLEZ, HUGO Y JULIO VARELA. *Entrevista telefónica*. Universidad Nacional. Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO), 2003.
- HUJO, KATJA Y NICOLA PIPER (EDS.). "Linking Migration, Social Development and Policy the South". South-South Migration. *Implications for Social Policy and Development*. UNRISD. Hampshire: Palgrave Macmillan, 2010.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INEC). *Censo de Población 2011*. San José: INEC, 2011.
- _____. *Encuesta Nacional de Hogares 2012*. San José: INEC, 2012.
- JOPPKE, CHRISTIAN. *Immigration and the Nation-State: The United States, Germany, and Great Britain*. New York: Oxford University Press, 1999.
- LÓPEZ RUIZ, MAURICIO. *The Incorporation of Nicaraguan Temporary Migrants into Costa Rica's Healthcare System: an Opportunity for Social Equity*. Dissertation Faculty of Graduate Studies through Sociology, Anthropology and Criminology. Windsor: University of Windsor, 2012.
- MARTÍNEZ FRANZONI, JULIANA Y DIEGO SÁNCHEZ-ANCOCHEA. *Good Jobs and Social Services: How Costa Rica achieved the elusive double incorporation*. United Kingdom: Palgrave, 2013.
- MKANDAWIRE, THANDIKA. "Targeting and Universalism in Poverty Reduction". *UNRISD, Social Policy and Development Programme Paper*, 23. (Ginebra: United Nations Research Institute for Social Development) (2005).
- MORALES, ABELARDO Y CARLOS CASTRO. *Migración, empleo y pobreza*. San José: FLACSO-Costa Rica, 2006.
- MORRIS, LYDIA. *Managing Migration. Civic Stratification and Migrants' Rights*. London: Routledge, 2002.
- SANDOVAL, CARLOS. *El mito roto. Inmigración y emigración en Costa Rica*. San José, EUCR, 2008.
- SCHIERUP, CARL-ULRIK, PEO HANSEN Y STEPHEN CASTLES (ET AL.). *Migration, Citizenship and the European Welfare State. A European Dilemma*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- SCHRAM, SANFORD Y JOE SOSS. "The Real Value of Welfare: Why Poor Families Do Not Migrate". *Politics and Society* 27 (1999): 39-66.
- VAN OORSCHOT, WIM. "Solidarity towards immigrants in European welfare states". *International Journal of Social Welfare* 17 (2008): 3-14.
- VOOREND, KOEN Y FRANCISCO ROBLES RIVERA. *Migrando en la crisis. La fuerza de trabajo inmigrante en la economía costarricense*. San José: IOM/MTSS. 2011
- VOOREND, KOEN. *¿Universal o Excluyente? Derechos sociales y control migratorio interno en Costa Rica*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2013.
- _____. "Shifting in' state sovereignty: social policy and migration control in Costa Rica". *Transnational Social Review* 4 (2-3) (2014): 207-225.
- VOOREND, KOEN; FRANCISCO ROBLES RIVERA Y KARLA VENEGAS. *Nicaragienses en el Norte: Condiciones laborales y prácticas de contratación de hombres y mujeres migrantes en la Región Huetar Norte*. Organización Internacional del Trabajo, Equipo Técnico de Trabajo Decente y Oficina de países para América Central, Haití, Panamá y República Dominicana. San José: OIT, 2013.

LISTA DE ENTREVISTAS

- ADRIAN JIMÉNEZ, Dirección de Planificación. Dirección General de Migración y Extranjería. Entrevista realizada 1º de abril 2013, 10:00 a. m.
- CINTHIA MORA IZAGUIRRE. Dirección de Integración. Dirección General de Migración y Extranjería. Entrevista realizada 3 de abril 2013, 9:30 a. m.
- FUNCIONARIOS DE ALTO RANGO DE LA DIRECCIÓN DE INSPECCIÓN. Caja Costarricense del Seguro Social. Entrevista realizada 29 de abril 2013, 8:30 a. m.
- DR. DOUGLAS MONTERO. Director Médico Hospital México, Caja Costarricense del Seguro Social. Entrevista realizada 23 de mayo 2013, 8:00 a. m.

MIGRACIONES EN AMÉRICA CENTRAL: POLÍTICAS, TERRITORIOS Y ACTORES

- DR. JOSÉ LUIS QUIROS, Patólogo Hospital Dr. Max Peralta, Caja Costarricense del Seguro Social. Entrevista realizada 28 de agosto, 2013, 5:00 p. m.
- DRA. ANA PATRICIA SALAS CHACÓN, Directora Institucional Contraloría de Servicios. Caja Costarricense del Seguro Social. Entrevista realizada 22 abril 2013, 10:00 a. m.
- DRA. MARTA JARA, Área de Salud Heredia/Cubujuquí. Caja Costarricense del Seguro Social. Entrevista realizada el 25 de marzo 2012, 2:30 p. m., 2:00 p. m.
- DRA. YÚRIKA DORADO ARIAS, Especialista Medicina Interna, Hospital Calderón Guardia, Caja Costarricense del Seguro Social. Entrevista realizada 9 de mayo 2014, 1:30 p. m.
- EDUARDO FLORES CASTRO. Jefe Área de Coberturas del Estado. Caja Costarricense del Seguro Social. Entrevista realizada 24 de abril 2013, 2:00 p. m.
- GISELLE ROMÁN. Enfermera, Área de Salud Heredia/Cubujuquí. Caja Costarricense del Seguro Social. Entrevista realizada 19 de marzo 2013, 2:30 p. m.
- JUAN CARLOS SILES. Ventanilla Preferencial. Plataforma de Servicios. Dirección General de Migración y Extranjería. Entrevista realizada 10 de mayo 2013, 3:00 p.m.
- JUAN PABLO BARRANTES. Trabajador Ventanilla, Área de Salud Heredia/Cubujuquí. Caja Costarricense del Seguro Social. Entrevista realizada 25 de marzo 2013, 2:30 p. m.
- JULIO ARAGÓN, Director de Integración. Dirección General de Migración y Extranjería. Entrevista realizada 1º de abril 2013, 10:00 a. m.
- LUIS ALONSO SERRANO. Jefe de Planificación Institucional. Dirección General de Migración y Extranjería. Entrevista realizada 2 mayo 2013, 9:00 a. m.
- TRABAJADORA DE VENTANILLA. Área de Salud Heredia/Cubujuquí. Caja Costarricense del Seguro Social. Entrevista realizada 25 de marzo 2013, 2:30 p. m.
- VENTANILLA EMPRESARIAL. Plataforma de Servicios. Dirección General de Migración y Extranjería. Entrevista realizada 10 de mayo 2013, 3:00 p.m.